

การเฝ้าระวังการตายมารดาไทย ปีงบประมาณ 2563
Surveillance of Thai maternal mortality, fiscal year 2020

โดย
นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
ตำแหน่งเลขที่ 2368 กลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้ง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)
ตำแหน่งเลขที่ 2368 กลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

คำนำ

ปัญหาที่ประเทศต่างๆ เผชิญคือ การมีรายงานสถิติอัตราการตายของมารดาที่ไม่ตรงกับคำนิยามขององค์การอนามัยโลก การตายของมารดาเป็นดัชนีที่ชี้ให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของประชากรหญิงวัยเจริญพันธุ์และ ระบบบริการด้านสาธารณสุข ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) การมีสุขภาพทางด้านอนามัยและเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรอย่างปลอดภัยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้หญิง ในระดับนานาชาติต่างก็ให้ความสำคัญ และถือว่าการลดอัตราการตายของมารดาเป็นเป้าหมายสำคัญเป้าหมายหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ

จากความสำคัญข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการวัดการตายของมารดา และมีสถิติ ที่สอดคล้องกับนานาชาติ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่นักวิจัยต้องการศึกษา เป้าหมายก็เพื่อให้ทราบการตายที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ และเพื่อให้ทราบสาเหตุการตาย และเพื่อให้สามารถนำไปสู่การดำเนินการทางนโยบายที่เหมาะสมต่อไป

วรรณชนก ลิ้มจำรูญ
เมษายน 2565

กิตติกรรมประกาศ

ในการจัดทำการศึกษาการเฝ้าระวังการตายมารดาไทย ปีงบประมาณ 2563 (Surveillance of Thai maternal mortality, fiscal year 2020) ในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร เพื่อนร่วมงาน และผู้ให้การช่วยเหลือทุกท่านในการให้คำปรึกษา การรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังมารดาตาย นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของกลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ที่ได้ให้การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ในครั้งนี้ จนเสร็จสิ้น

บทคัดย่อ

จากรายงานสถิติสุขภาพโลกประจำปี ค.ศ.2020 (World Health Statistics monitoring health of the SDG 2020,WHO) พบว่าการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีผลมาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คลอด จนถึงหลังการตั้งครรภ์ จากข้อมูลทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. 2014 ถึง 2019 คิดเป็น 81% ของการเกิด จากการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยประสบกับปัญหาด้านข้อมูลสถิติชีพที่ขาดความครบถ้วนของข้อมูลการวินิจฉัยสาเหตุการตายและการได้ข้อมูลล่าช้า กรมอนามัยโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพได้พยายามแก้ไขปัญหาด้านข้อมูลเพื่อให้ทราบสถานการณ์จึงต้องคาดการณ์การตายของมารดาด้วยวิธีการสำรวจโดยใช้วิธี RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการวัดการตายของมารดาในที่ไม่มีระบบรายงานสถิติชีพ จึงได้เริ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดาที่เป็นรูปแบบและชัดเจนมากขึ้น แต่ยังพบว่าข้อมูลจากการรายงานมารดาตายนั้นได้มาเพียงข้อมูลเชิงปริมาณ แต่ยังขาดคุณภาพ การระบุการตายที่ไม่ถูกต้อง การจัดเก็บข้อมูลยังไม่เป็นระบบ และอาจเป็นอคติความ การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยอคติ (Bias) ทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายที่ได้มีความบิดเบือนไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งจะมีผลต่อการกำหนดนโยบายของประเทศ

กรมอนามัย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพได้พยายามพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) อย่างต่อเนื่องเพื่อการรายงานข้อมูลที่แม่นยำและรวดเร็ว และติดตามการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาอย่างเข้มแข็งและจริงจัง จนสามารถเฝ้าระวัง เก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย ส่งผลให้ตั้งแต่ 2560 เป็นต้นมา อัตราส่วนการตายมารดาลดลงและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ 2562 แต่ผลการดำเนินงานก็ยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน นอกจากนี้ยังพบว่าในบางเขตบริการสุขภาพมีการบริหารจัดการ MCH Board และการขับเคลื่อนการดำเนินงานไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยงานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยปีงบประมาณ 2563 และนำข้อมูลที่ได้ไปกำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และเพื่อจำแนกรายสาเหตุและระบุความล่าช้า 3 ประการ (3 Delays model) ในงานเฝ้าระวังมารดาตาย สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และอัตรา

ผลการศึกษาพบว่า การตายของมารดามีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะสะท้อนคุณภาพด้านสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มีมารดาตาย จำนวน 117 ราย โดยมีสาเหตุหลักของการตายมารดามาจากการตกเลือดซึ่งเป็นการตายจากสาเหตุทางตรงจากสูติกรรม สาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมที่มากที่สุด ได้แก่ กลุ่มของโรคหัวใจ ขณะที่ความล่าช้า 3 ประการที่ส่งต่อการตายมารดา (3 delay Modal) พบว่า มารดาที่เสียชีวิตตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า ผ่าครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ โดยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยง การสื่อสารสร้างความตระหนักรู้ของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว พัฒนาศักยภาพบุคลากร และการค้นหาและคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ อันจะเป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังมารดาตายต่อไป

Abstract

According to the World Health Statistics monitoring health of the SDG 2020 (WHO,2020), the majority of maternal deaths are preventable. Most of them result from complications during pregnancy, childbirth and postpartum. According to global data, in fiscal year 2014 to 2019 was accounted for 81% of all incidences. From the continuous operation to reduce the mortality of Thai maternal from the past to the present, Thailand has faced with the problem of vital statistics data that lacks the completeness of the cause of death diagnosis data and the delay in obtaining the data. The reproductive age mortality survey (RAMOS) was the best way to measure maternal mortality in the absence of Vital Statistics. Therefore, a more uniform and clear maternal mortality surveillance system has been developed. However, it was found that only quantitative data from the reporting of maternal deaths were obtained, while still lacking in quality incorrect death identification. The data collection is not systematic and may be a lawsuit. The analysis of the data consists of bias (bias) resulting in distorted cause of death data. This will affect the country's policy formulation.

The Department of Health, through the Office of Health Promotion, has continually developed a maternal death surveillance system (MDSR System) for accurate and timely reporting and to monitor the reduction of maternal mortality was strongly and seriously that can monitor. The collect data and analyze the cause of death of individual mother. As a result, since 2017, the maternal mortality ratio has decreased. Moreover, there was a tendency to decline continuously until the fiscal year 2019. While the performance has not a reached the target of the country that maternal mortality ratio not exceed 17 per hundred thousand of live births. It was also founded that in some health service districts the management of the MCH Board was inconsistent with the context of the area. This research aims to analyze the situation of Thai maternal mortality in fiscal year 2020 and use the information obtained to determine the guidelines for the development of the public health service system. Moreover, there was classify the causes and identify 3 delays models for monitoring maternal death. The statistics used are frequency, percentage, and ratio.

The study found that maternal mortality tends to increase. This is because it is important to reflect the quality of public health. In fiscal year 2020, there were 117 maternal deaths, with the main cause of maternal death being hemorrhage, which is death from direct obstetric causes. The most common cause of maternal death from indirect causes was heart disease group, while 3 delay modal referring to

maternal mortality found that the deceased mother made the decision to receive services in lately time, incompleteness of antenatal care, which can be developed into action recommendations. Which promote good health behaviors and reduce risk factors to raise awareness of pregnant women and their families, develop personnel capabilities, and searching and screening pregnant women. There were established to the maternal death surveillance operation.

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อ	ค
Abstract	ง
สารบัญภาพ	ช
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
1.3 ขอบเขตของการศึกษา	4
1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	4
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	7
2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรค	7
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการร่ายยาของมารดา	10
2.3 การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก	20
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	31
3.1 รูปแบบการวิจัย	31
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	31
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	31
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	32
บทที่ 4 สรุปผลการศึกษา	33
บทที่ 5 วิจารณ์ ข้อเสนอแนะ	43
5.1 อภิปรายผลการศึกษา	43
5.2 ข้อเสนอแนะ	45
บรรณานุกรม	47
ภาคผนวก	49

สารบัญภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 แนวโน้มอัตราส่วนการตาย 10 ปีย้อนหลัง	2
รูปที่ 2 เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตสุขภาพ	2
รูปที่ 3 กรอบแนวคิดการศึกษา	6
รูปที่ 4 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals :SDGs)	14
รูปที่ 5 การเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดา	14
รูปที่ 6 อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน	15
รูปที่ 7 แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทย	17
รูปที่ 8 อัตราการตายมารดาจำแนกรายจังหวัด พ.ศ. 2562	18
รูปที่ 9 อัตราส่วนการตายมารดาจำแนกรายเขตสุขภาพ	19
รูปที่ 10 สาเหตุการเสียชีวิตในระหว่างการจัดครรภ์ คลอดและหลังคลอด พ.ศ. 2562	19
รูปที่ 11 วิเคราะห์ 3 Delay ของมารดาตาย	20
รูปที่ 12 ขั้นตอนการทบทวนสาเหตุการตายมารดาและทารกปริกำเนิด	25
รูปที่ 13 แสดงขั้นตอนปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังมารดาตาย	27
รูปที่ 14 แสดงลำดับขั้นการรายงานมารดาตาย	27
รูปที่ 15 แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	33
รูปที่ 16 จำนวนการเกิดจำแนกรายเขตสุขภาพ	34
รูปที่ 17 อัตราการตายมารดาไทยจำแนกรายเดือน (ต.ค.62-ก.ย.63)	34
รูปที่ 18 สัดส่วนของมารดาตาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จำแนกรายเขตสุขภาพ	35
รูปที่ 19 อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563	36
รูปที่ 20 ร้อยละสาเหตุการตายมารดา	38
รูปที่ 21 ร้อยละการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM : WHO	38
รูปที่ 22 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาจากการตกเลือด	39
รูปที่ 23 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดด้วย 3 Delay Modal	40

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 อัตราส่วนการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	1
ตารางที่ 2 การจัดกลุ่มการตายของมารดา ตามระบบ ICD-MM ขององค์การอนามัยโลก	12

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานสถิติสุขภาพโลกประจำปี ค.ศ.2020 (World Health Statistics monitoring health of the SDG 2020,WHO) พบว่าการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีผลมาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คลอด จนถึงหลังการตั้งครรภ์ อันสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันทั่วโลกในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ จากข้อมูลทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. 2014 ถึง 2019 คิดเป็น 81% ของการเกิด ทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีทักษะ แต่ยังพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างภูมิภาคประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนามักประสบปัญหาเรื่องข้อมูลเชื่อถือได้ที่จะนำมาคำนวณอัตราส่วนการตายของมารดา

การมีสุขภาพทางดำนอนามัยและเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรอย่างปลอดภัยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้หญิง ในระดับนานาชาติต่างก็ให้ความสำคัญ และถือว่าการลดอัตราส่วนการตายของมารดาเป็นเป้าหมายสำคัญเป้าหมายหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ ปัญหาที่ประเทศต่างๆ เผชิญคือ การมีรายงานสถิติอัตราส่วนการตายของมารดา ที่ไม่ตรงกับค่านิยมขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยก็เป็นหนึ่งในประเทศเหล่านั้น การวัดการตายของมารดา และมีสถิติที่สอดคล้องกับนานาชาติจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดค่านิยมการตายของมารดาว่า การตายของมารดา คือ การตายของสตรีขณะตั้งครรภ์หรือภายใน 42 วันหลังสิ้นสุดการคลอด โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ หรือชนิดของการตั้งครรภ์ โดยมีสาเหตุเกี่ยวกับการตั้งครรภ์หรือการบริหารจัดการการคลอด แต่ไม่ใช่สาเหตุจากอุบัติเหตุหรือสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรือตั้งครรภ์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

ในขณะที่การศึกษาโดย WHO UNICEF UNFPA World Bank และ United Nations Population Division ได้ประมาณการว่าอัตราส่วนการตายของมารดาในประเทศไทย 20 ปี ที่ผ่านมาลดลงจาก 42 ต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 คนในปี 1990 เป็น 26 ต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 คน ในปี 2013 ดังแสดงในตารางที่ 1

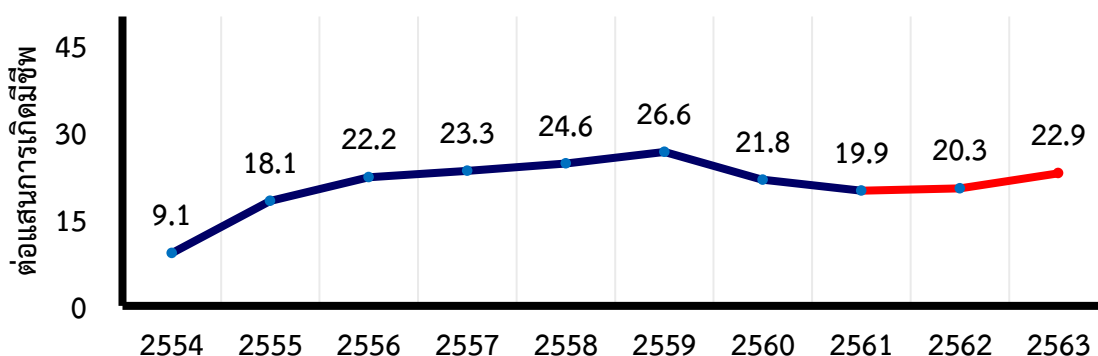
ตารางที่ 1 อัตราส่วนการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 คน

ประเทศ	1990	1995	2000	2005	2013
โลก	380	360	330	270	210
แอฟริกา	870	840	750	620	460
เอเชียใต้	550	460	370	280	190
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้	170	150	130	100	74
ไทย	42	37	40	34	26

ที่มา: WHO (2014), Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division.

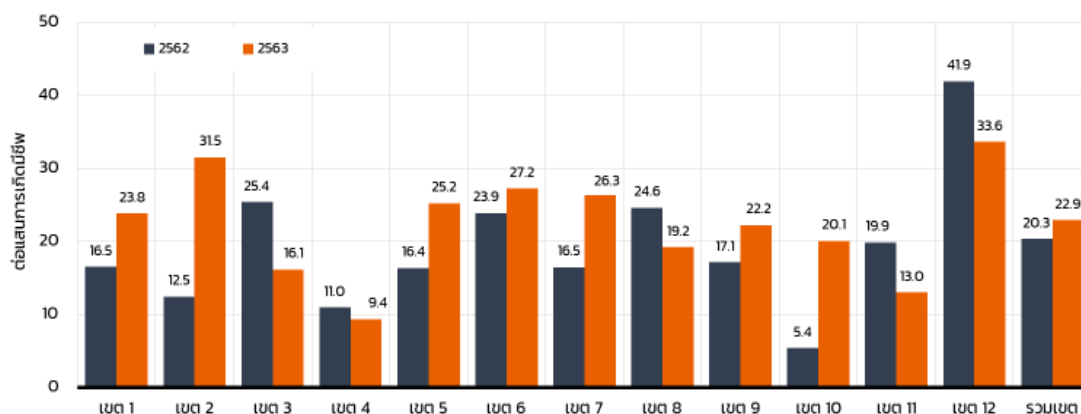
ในขณะที่การศึกษาการตายของมารดาในประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนามักประสบปัญหาเรื่องข้อมูลที่เชื่อถือได้ที่จะนำมาคำนวณอัตราส่วนการตายของมารดา สถิติการรายงานของประเทศไทยมักต่ำกว่าความเป็นจริง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) รายงานอัตราส่วนมารดาตาย ที่ใช้ปรับเป็นความเสี่ยงของการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และ เป็นดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย ประมวลผลและวิเคราะห์จากฐานข้อมูลระบบจดทะเบียน การตายของสำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ถึงแม้ว่าการจดทะเบียนการตายจะมีความครอบคลุมถึงร้อยละ 95 แต่คุณภาพสาเหตุการตายยังมีคุณภาพต่ำ โดยเฉพาะสาเหตุการตายจากการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด อัตราส่วนมารดาตาย เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญเพื่อใช้ในการวางแผนนโยบายสาธารณสุขระดับประเทศ (Burden of Disease Thailand, 2560)

แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทย ระหว่างปีงบประมาณ 2554 - 2563



รูปที่ 1 แนวโน้มอัตราส่วนการตาย 10 ปีย้อนหลัง

เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2562 กับ 2563 (ต.ค. - ก.ย.)



รูปที่ 2 เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตสุขภาพ
ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563)

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานด้านส่งเสริมป้องกัน รักษาสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย จึงได้บรรจุตัวชี้วัดอัตราส่วนการตายมารดาลงในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 และฉบับที่ 7 กำหนดเป้าหมายที่ลดอัตราส่วนการตายมารดาลงเมื่อสิ้นแผนฯ ให้เหลือ 48 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และค่อย ๆ ลดลงโดยในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 มีเป้าหมายอยู่ที่ 30 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ลดลงจนกระทั่งเหลือไม่เกิน 15 : 100,000 การเกิดมีชีพ ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 12 และมอบหมายให้กรมอนามัยดำเนินงานเพื่อลดอัตราส่วนการตายมารดาตั้งแต่ปี 2530 เป็นต้นมา

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยการวิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีความเปราะบางคือมารดาตั้งครรภ์ที่เป็นปัจจัยกำหนดทางสุขภาพ และยังบ่งบอกถึงการเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุขและปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยอ้อม และการสูญเสียทรัพยากรของประเทศได้ ขณะที่จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ข้อมูลสถิติชีพที่มีอยู่มีปัญหาในเรื่องความครบถ้วนของข้อมูล การวินิจฉัยสาเหตุการตายและการได้ข้อมูลล่าช้า ส่งผลให้การวางแผนแก้ปัญหาไม่ทันต่อสถานการณ์ ดังนั้น ในปี 2538 - 2539 กรมอนามัย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้คาดประมาณการตายของมารดาด้วยการสำรวจโดยใช้วิธี RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการวัดการตายของมารดาในประเทศที่ไม่มีระบบรายงานสถิติชีพ โดยค้นหาและสอบสวนหาสาเหตุการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั้งหมด ซึ่งเรียกว่า “การสำรวจการตายของกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์” (RAMOS) อย่างไรก็ตามวิธีการสำรวจดังกล่าวต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงและไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ตรงกับสาเหตุอย่างรวดเร็ว และทันทั่วทั้ง สำนักส่งเสริมสุขภาพ จึงได้เริ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดาที่เป็นรูปแบบและชัดเจนมากขึ้นทำให้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 มีการรายงานกรณีมารดาตายเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าข้อมูลจากการรายงานมารดาตายนั้น ได้มาเพียงข้อมูลเชิงปริมาณ ยังขาดคุณภาพ เนื่องจากมีปัญหาอุปสรรคมากมายในการทำงานเพื่อหาสาเหตุการตาย การระบุการตายที่ไม่ถูกต้อง การจัดเก็บข้อมูลยังไม่เป็นระบบ ไม่ได้ได้รับความร่วมมือในการแจ้งเหตุและให้ข้อมูลเนื่องจากกลัวการถูกฟ้องร้องและอาจเป็นคดีความ การวิเคราะห์ข้อมูลเกิดอคติ (Bias) ทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายที่ได้มีความบิดเบือนไม่ตรงกับความเป็นจริง ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) อย่างต่อเนื่องเพื่อการรายงานข้อมูลที่แม่นยำและรวดเร็ว และติดตามการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาอย่างเข้มแข็งและจริงจังจนสามารถเฝ้าระวัง เก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย ส่งผลให้ตั้งแต่ 2560 เป็นต้นมา อัตราส่วนการตายมารดาลดลง และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ 2562 ถึงแม้ว่าอัตราส่วนการตายมารดาในประเทศจะลดลงอย่างต่อเนื่องแต่ผลการดำเนินงานก็ยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน นอกจากนี้ยังพบว่าในบางเขตบริการสุขภาพมีการบริหารจัดการ MCH Board และการขับเคลื่อนการดำเนินงานไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ คุณภาพของระบบบริการ

ยังไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก หน่วยบริการยังไม่สามารถสื่อสารประชาสัมพันธ์ และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำสู่การปฏิบัติได้สำเร็จ ซึ่งจะมีผลต่อการกำหนดนโยบายของประเทศ ต่อมาในปี 2562 สำนักส่งเสริมสุขภาพ จึงได้ปรับปรุงระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) ขึ้น โดยยึดหลักตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาแม่และเด็ก และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ได้ยึดถือเป็นแนวทางในการทำงานเพื่อแก้ปัญหาและลดการตายมารดาของประเทศไทย สามารถเฝ้าระวัง เก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย เพื่อความต่อเนื่องในการพัฒนา ปรับปรุงและแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็ก และเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในงานแม่และเด็ก การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ ข้อเสนอเชิงนโยบายบนฐานของข้อมูลและองค์ความรู้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาการเฝ้าระวังการตายมารดาในครั้งนี้เพื่อทำการวิเคราะห์สาเหตุ การดำเนินงานและปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการดำเนินการอนามัยแม่และเด็กต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยปีงบประมาณ 2563 เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.2.2 เพื่อศึกษาอัตราตายมารดา ปีงบประมาณ 2563 จำแนกรายสาเหตุ และระบุความล่าช้า 3 ประการ (3 Delays model)

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษามุ่งเน้นเรื่องอัตราการตาย สาเหตุและความล่าช้า 3 ประการ (3 Delays model) จากรายงานระบบเฝ้าระวังการตายมารดา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

1.3.2 ขอบเขตด้านระยะเวลา มีนาคม 2565 – สิงหาคม 2565

1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1.4.1 การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ ขณะตั้งครรภ์ คลอด หรือ หลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดแต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ

1.4.2 ระบบเฝ้าระวัง หมายถึง การติดตาม สังเกต พินิจพิจารณา ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการเกิด การกระจายของโรค และเหตุการณ์หรือปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

1.4.3 สาเหตุการตายของมารดา คือ สาเหตุที่มีผลทำให้มารดา สรุไปได้ดังนี้

1.4.3.1 สาเหตุโดยตรงทางสูติกรรม (Direct Obstetric Death) คือการตายมีสาเหตุจากการตั้งครรภ์ โดยทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ได้แก่

1) ตกเลือดทางสูติกรรม (Obstetric Hemorrhage) คือการตกเลือดทั้งก่อนคลอดหรือหลังคลอด ก็ได้ ได้แก่ การตกเลือดจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) การตกเลือดจากรกเกาะต่ำ (Placenta previa) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Aruption placenta) รกหรือเศษรกค้าง (Retained placenta) มดลูกปลิ้น (Uterine Inversion) การตกเลือดจากมดลูกไม่แข็งตัวหลังคลอดโดยไม่มีสาเหตุ (Uterine Atony) รวมทั้งมดลูกแตก (Uterine Rupture) ซึ่งไม่ใช่เป็นผลการจากการคลอดติดขัด (Obstructed Labour) เช่น จากการกระตุ้นการคลอดอย่างรุนแรง การใช้หัตถการช่วยคลอดที่ไม่ถูกต้องหรือแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากครรภ์ก่อนมดลูกแตกหรือแยกโดยมารดา ยังไม่รู้สึกละบากครรภ์ (Previous cesarean section wound rupture or dehiscence without labour)

2) โรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension) คือ มารดาที่ไม่มีประวัติความดันโลหิตสูงมาก่อนอายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์ การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง จากการตั้งครรภ์ถือเอาความดันโลหิตที่เคยเป็น 140/90 มม.ปรอท หรือมากกว่า หรือวินิจฉัยจากความดันโลหิต Systolic สูงขึ้นจากเดิม 300 มม.ปรอท หรือความดันโลหิต Diastolic สูงขึ้นจากเดิม 15 มม.ปรอท โดยการวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมง

3) ภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด (Amniotic Fluid Embolism) คือ ภาวะที่มีน้ำคร่ำรั่ว เข้าสู่กระแสเลือดผู้คลอดแล้วไปอุดตันบริเวณหลอดเลือดดำที่ปอดทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาต่อต้าน ส่วนประกอบในน้ำคร่ำ เช่น ขนอ่อน ไข่ ผสม ขี้เทา เป็นต้น ส่งผลให้ระบบหายใจหรือหัวใจล้มเหลว มีอาการชัก มีหลอดเลือดหดตัวทั่วร่างกาย และเกิดความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เช่นภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือด แบบแพร่กระจาย (Disseminated intravascular coagulation: DIC)

4) การแท้ง มีดังนี้คือ

(1) การแท้งเอง (Spontaneous Abortion) คือการแท้งที่เกิดขึ้นได้เอง

(2) การแท้งเพื่อการรักษา (Therapeutic Abortion) คือ การทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ตามความเห็นของแพทย์ เพื่อประโยชน์โดยเฉพาะแก่ชีวิตมารดา เช่น มารดาที่เป็นโรคหัวใจแล้วตั้งครรภ์ ถ้าปล่อยให้ครรภ์เจริญต่อไปอาจจะทำให้มารดาเสียชีวิตได้ แพทย์จึงทำให้การตั้งครรภ์นั้นสิ้นสุดลงตามหลักวิชาการ เป็นการช่วยชีวิตมารดาไว้

(3) การทำแท้งผิดกฎหมาย (Criminal Abortion) คือ การทำให้การตั้งครรภ์นั้นสิ้นสุดลงโดยการกระทำที่ผิดกฎหมาย เช่น การหาวิธีทำให้เด็กแท้งออกโดยวิธีต่างๆ หญิงที่ตั้งครรภ์แล้วไม่คุมกำเนิด

(4) การติดเชื้อ (Sepsis) ได้แก่ การติดเชื้อเนื่องจากการแท้ง การติดเชื้อก่อนคลอดระหว่างการคลอด และหลังคลอด

1.4.3.2. สาเหตุโดยอ้อมทางสูติกรรม (Indirect Obstetric Death) เกิดจากมารดาที่เป็นโรคอยู่ก่อน การตั้งครรภ์หรือปัญหาโรคที่เกิดขึ้นใหม่โดยไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ การตายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคไทรอยด์ เป็นต้น การลดการตายมารดา หมายถึง การลดภาวะมารดาตายมีความซับซ้อนแตกต่างกันอย่างมากในประเทศต่าง ๆ และปัจจัยเกี่ยวกับสุขภาพมารดา ได้แก่ อายุ ศาสนา ความสัมพันธ์ในชุมชน การฝากครรภ์ การเข้าถึงบริการและการบริการ ระบบการส่งต่อ ระยะเวลาการส่งต่อ เป็นต้น อัตราส่วนการตายมารดา

(Maternal Mortality Ratio) คือ การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือ ก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่ จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 ทราบถึงสถานการณ์การตายมารดาไทยและปัจจัยสาเหตุและความล่าช้า 3 ประการ ปี พ.ศ. 2563 นำไปสู่การผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของหน่วยบริการ ในส่วนภูมิภาคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.5.2 นำข้อมูลที่ได้กำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

INPUT	PROCESS	OUTPUT
1. ข้อมูลหญิงที่เสียชีวิตทั้งหมดของ เขตสุขภาพที่ 1 - 12 จากระบบ เฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) กรมอนามัย 2. ข้อมูลการเกิดมีชีพจากสำนัก ทะเบียนราษฎร 3. นำข้อมูลจากข้อ 1 มาทำการ ตรวจสอบข้อมูลเพื่อป้องกันการ ข้ำซ้อนของข้อมูล และจัดกลุ่ม จะได้หญิงในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดที่เสียชีวิตทั้งหมด 4. นำข้อมูลในข้อ 3 ที่ได้มาทำการ คัดกรองสาเหตุการตายโดยจะต้อง เสียชีวิตขณะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด หรือแท้งไปแล้วไม่เกิน 42 วัน (ไม่รวมสาเหตุการตายจาก อุบัติเหตุ)	ข้อมูลแม่ตาย ปี 2563 1. Review literature ข้อมูล แม่ตาย ปี 2563 ที่ได้จาก จาก ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) กรมอนามัย และจัดเรียงข้อมูลเป็นรายเขต สุขภาพ และจังหวัด 2. ส่งข้อมูลให้ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และจังหวัดเพื่อทำการตรวจทาน ข้อมูลและทบทวนสาเหตุการตาย 3. พื้นที่ตรวจสอบความถูกต้อง ของข้อมูลและรวบรวมข้อมูล ส่งกลับกรมอนามัย 4. กรมอนามัยจัดกลุ่มสาเหตุการตาย ตาม ICD-MM WHO 5. นำข้อมูลมาวิเคราะห์และแปลผล	1. อัตราตายมารดา ปี 2563 2. สาเหตุการตาย มารดา - ทางตรง - ทางอ้อม 3. ปัญหาความล่าช้า 3 ประการ (3 delay)

รูปที่ 3 กรอบแนวคิดการศึกษา

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาการเฝ้าระวังการตายมารดาไทย ปีงบประมาณ 2563 ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

- 2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรค
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการตายของมารดา
- 2.3 การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรค

ความหมาย

การจัดเก็บ การวิเคราะห์ และการแปลผลข้อมูลทางสาธารณสุขที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดจนการเผยแพร่ความรู้ที่ได้ออกไป เพื่อประโยชน์ในด้านการวางแผน การจัดทำมาตรการ และการประเมินผลมาตรการป้องกัน ควบคุมปัญหาสาธารณสุข (ธนรักษ์ ผลิตพันธ์, 2557)

การติดตามสังเกต พินิจพิจารณา ลักษณะการ เปลี่ยนแปลงของการเกิดการกระจายของโรค และเหตุการณ์หรือ ปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการที่เป็นระบบและมีขั้นตอน ประกอบด้วย การ รวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ แปลผล และกระจายข้อมูล ข่าวสารสู่ผู้ใช้ประโยชน์ เพื่อการวางแผน กำหนดนโยบาย การปฏิบัติงาน และการประเมินมาตรการควบคุมป้องกันโรคอย่างมี ประสิทธิภาพ (สำนักกระบวนวิทยาการควบคุมโรค, 2559)

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อค้นหาการเกิดโรคหรือการเปลี่ยนแปลงของปัญหา สาธารณสุขอย่างทันทั่วทั้งที่
- 2) เพื่อให้ทราบรูปแบบของการเกิดโรคหรือปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหรือการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ
- 3) เพื่อให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรค หรือปัญหาสาธารณสุข
- 4) เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันโรค และประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ชนิดของการเฝ้าระวังโรค

1) การเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive surveillance)

คือ เป็นการเฝ้าระวังโดยการกำหนดให้ ผู้ให้บริการตาม สถานบริการสาธารณสุข ทำการบันทึกข้อมูลตามบัตรรายงาน เมื่อพบโรคหรือปัญหาที่อยู่ในข่ายการเฝ้าระวัง และรวบรวมส่งต่อไปหน่วยงานที่รับผิดชอบตามเครือข่ายการเฝ้าระวัง การเฝ้าระวังแบบนี้มักจะได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้รับผิดชอบต้องคอยตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เช่น ระบบรายงาน 506

2) การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active surveillance)

เป็นการเฝ้าระวังโดยผู้ศึกษาหรือผู้รวบรวมข้อมูลเข้าไป ติดตามค้นหาโรคหรือปัญหาที่ทำการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เมื่อพบโรคหรือปัญหาที่ทำการเฝ้าระวัง จะทำการบันทึกเก็บข้อมูลทันที การเฝ้าระวังแบบนี้ได้ข้อมูลค่อนข้างครบถ้วน เช่น การเฝ้าระวังกรณีการแข่งขันกีฬาแห่งชาติ

3) การเฝ้าระวังเฉพาะกลุ่มเฉพาะพื้นที่ (Sentinel Surveillance)

วัตถุประสงค์เพื่อค้นหาการเกิดโรคใหม่ๆ หรืออยู่ที่ภาวะ ความเสี่ยงของการเกิดโรค เพื่อทราบสถานการณ์ที่แท้จริง อย่างทันเวลา “มักทำการเฝ้าระวังตามเหตุการณ์หรือเวลาสั้น ๆ” รูปแบบการเฝ้าระวังอาจคล้ายการเฝ้าระวังเชิงรับ แต่เข้มข้นกว่า เช่น การเฝ้าระวังสาเหตุการตายในวิกฤติอุทกภัย ปี พ.ศ.2554

4) การเฝ้าระวังพิเศษ (Special Surveillance)

ไม่เน้นความครอบคลุมของการเฝ้าระวัง “คล้ายการเฝ้าระวังพิเศษในเฉพาะบางพื้นที่หรือบางกลุ่ม ประชากร หรือบางระดับความรุนแรงของโรคเท่านั้น ต้องการข้อมูลที่มีคุณภาพสูงกว่าการเฝ้าระวังแบบ passive surveillance” มีลักษณะการเลือกกลุ่มตัวอย่างจำเพาะตามพื้นที่ เช่น HIV serosurveillance, IS

5) การเฝ้าระวังกลุ่มอาการ (Syndromic surveillance)

เป็นการเฝ้าระวังที่มีการกำหนดนิยามผู้ที่ต้องเฝ้าระวังตาม กลุ่มอาการไม่ใช่ตามชนิดของโรค เช่น กลุ่มโรคระบบ ทางเดินหายใจ รายงานผู้ป่วยเป็นรายๆ (Case-base reporting) โดยที่ไม่ต้องรอให้แพทย์วินิจฉัยที่ชัดเจนก็ได้ ตัวอย่างการเฝ้าระวังอุจจาระร่วง กลุ่มอาการไข้และผื่น กลุ่มอาการไข้และมีอาการทางสมอง กลุ่มอาการปอดอักเสบ

6) การเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance)

การตรวจหาและจัดระบบข่าวสารเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสาธารณสุข ซึ่งอาจจะเป็นข่าวลือ การรายงานข่าวตามปกติ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ หรือรายงานจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโดยตรง มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจจับการระบาดของโรค เพื่อให้หน่วยงานที่รับผิดชอบสามารถตอบสนอง และรับมือกับเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้รวดเร็ว เหตุการณ์ที่เฝ้าระวัง คือ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ในคน และเหตุการณ์ที่มีศักยภาพที่จะก่อให้เกิดโรคในคน

7) การเฝ้าระวังในชุมชน (Community Surveillance)

เป็นการเฝ้าระวังที่บุคคลในชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ เช่น อสม. ซึ่งอาจเป็นแบบเชิงรับ (รายงานผู้ป่วย) หรือ แบบเชิงรุก (ค้นหาผู้ป่วย) ในชุมชนก็ได้ ซึ่งการเฝ้าระวังแบบนี้จะมีประโยชน์มากในกรณีของการเกิดระบาด (outbreak) และนิยามผู้ป่วยตามกลุ่มอาการสามารถจะประยุกต์ใช้ได้

ข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

- 1) ข้อมูลการป่วย
- 2) ข้อมูลการตาย
- 3) ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 4) ข้อมูลการระบาด
- 5) ข้อมูลการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย
- 6) ข้อมูลสอบสวนการระบาด
- 7) ข้อมูลการสำรวจทางระบาดวิทยา
- 8) ข้อมูลการศึกษาโรคในสัตว์และการกระจายของสัตว์นำโรค
- 9) ข้อมูลการใช้วัคซีน ซีรัม และยา
- 10) ข้อมูลประชากรและสิ่งแวดล้อม

เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

- 1) การรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยา แบบรายงาน 506/507, 506/1, 506/2
 - 2) การเรียบเรียงข้อมูลทางระบาดวิทยา แบบรายงาน E.1 แบบเรียบเรียงตามเวลา
- สถานที่ บุคคล E.2 - E.4 โปรแกรมที่ใช้ในการรวบรวม เรียบเรียง และวิเคราะห์

ขั้นตอนการเฝ้าระวังโรค

- 1) การรวบรวมข้อมูล (Collection of data)
- 2) การเรียบเรียงข้อมูล (Consolidation and Presentation)
- 3) การวิเคราะห์และแปลผล (Analysis and interpretation of data)
- 4) การกระจายข้อมูลข่าวสาร (Dissemination of information)

ประโยชน์จากการเฝ้าระวังฯ

- 1) สามารถใช้ในการคาดประมาณขนาดปัญหา (Estimate magnitude of the problem)
- 2) ทราบลักษณะการกระจายทางภูมิศาสตร์ของโรค (Determine geographic distribution of illness)
- 3) แสดงให้เห็นธรรมชาติของการเกิดโรค (Portray the natural history of a disease)

- 4) สามารถตรวจจับการระบาด/แสดงให้เห็นปัญหา (Detect epidemics/define a problem)
- 5) สามารถนำมาสร้างสมมติฐานการวิจัย กระตุ้นให้เกิดการศึกษาวิจัย (Generate hypotheses, stimulate research)
- 6) ใช้ประเมินมาตรการด้านการควบคุมโรค (Evaluate control measures)
- 7) ใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของเชื้อ (Monitor changes in infectious agents)
- 8) ใช้ในการตรวจจับความเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติทางสุขภาพ (Detect changes in health practices)
- 9) ช่วยในการวางแผน (Facilitate planning)

2.2 แนวคิดกับการตายของมารดา

ตำราทางระบาดวิทยากล่าวไว้ว่า การเฝ้าระวังทางสาธารณสุข (Public Health Surveillance) หมายถึง การจัดเก็บ (Collecting) วิเคราะห์ (Analyzes) และแปลผลข้อมูลอย่างเป็นระบบ (Systematic) และต่อเนื่อง (Continuous) ตลอดจนเผยแพร่ (Disseminate) ความรู้ที่ได้ออกไปเพื่อใช้ประโยชน์ในการ วางแผน (Planning) การจัดทำมาตรการและประเมินผลมาตรการควบคุมป้องกันปัญหาสาธารณสุข ในทำนองเดียวกัน การเฝ้าระวังมารดาตาย (Maternal Death Surveillance and Response, MDSR) หมายถึง การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบแล้วนำมาทบทวนวิเคราะห์เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลให้มารดาตาย จัดทำข้อเสนอแนะเผยแพร่สู่การปฏิบัติมีการประเมินผลโดยวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปรับปรุงข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายลดปัจจัยที่ส่งผลให้มารดาตายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เพื่อป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำรอยเดิม

การตายของมารดา (Maternal death) สามารถแบ่งได้ ดังนี้

การตายของมารดาระยะหลัง (Late maternal death) เป็นการตายของหญิงจากการตั้งครรภ์และการคลอดทั้งเหตุโดยตรงและทางอ้อม หลัง 42 วัน แต่ไม่เกิน 1 ปีหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ การตายที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ (Pregnancy-related death) เป็นการตายของหญิงขณะที่กำลังตั้งครรภ์หรือภายใน 42 วัน หลังการคลอดหรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะมียาสาเหตุจากการตั้งครรภ์และการคลอดหรือสาเหตุอื่นใดก็ตาม

การตายของมารดาแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม

1) Direct obstetric cause เหตุตายโดยตรงจากการตั้งครรภ์และการคลอด เป็นการตายที่มี สาเหตุโรคแทรกซ้อนทางสูติกรรมในระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด (Pregnancy, labour and puerperium) จากการทำให้ผลการการไม่ได้รับการรักษาหรือการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้อง หรือจากเหตุที่เกิดต่อเนื่องตามมา ก็ตาม

2) Indirect obstetric deaths เหตุตายโดยอ้อมจากการตั้งครรภ์และการคลอด เป็นการตายที่เกิดจากโรคที่เป็นมาก่อนการตั้งครรภ์ หรือโรคที่ไม่ใช่เป็นเหตุตายโดยตรงจากการตั้งครรภ์และการคลอด แต่การตั้งครรภ์หรือการคลอดมีผลเกี่ยวข้องทำให้โรครุนแรงขึ้น

คำจำกัดความของ “อัตราส่วนการตายมารดา” อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio : MMR) หมายถึง การตายของมารดา ตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษา ขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

$$\text{อัตราส่วนการตายมารดา} = \frac{\text{จำนวนมารดาตาย}}{\text{จำนวนการเกิดมีชีพ}} \times 100,000$$

สาเหตุการตายต้นกำเนิด (Underlining cause of death)

แนวทางการจัดทำรายงานหลักของสาเหตุการตาย โดยกำหนดให้จำแนกตามสาเหตุต้นกำเนิดของการตายเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันการตายเป็นสำคัญ ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการสาธารณสุข จึงเน้นถึงการป้องกันสาเหตุต้นกำเนิดซึ่งนำไปสู่การตายสาเหตุต้นกำเนิด กล่าวคือโรคหรือการบาดเจ็บซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการเจ็บป่วยที่นำไปสู่การเสียชีวิต หรืออุบัติเหตุ หรือความรุนแรง ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรงถึงแก่ชีวิต

การวิเคราะห์แบ่งกลุ่มและให้รหัสสาเหตุการตายของมารดาแบบ ICD-MM

(The WHO Application of ICD- 10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium:)

องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าหมายใน Millennium Development Goals 5.1 ว่า จะลดอัตราการตายของ มารดา (Maternal mortality ratio) ลง 75% จากปี1990 ถึงปี2015 แต่จะวัดได้ว่าลดลงจริงหรือไม่ต้องการ ระบบรายงานการตายของมารดาที่ครบถ้วนถูกต้องจากประเทศสมาชิก จึงต้องมีการปรับปรุงระบบรายงานซึ่งส่วนหนึ่ง จะได้มาจากการใช้รหัสโรคมาตรฐานระหว่างประเทศ The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM ใช้เกณฑ์และระบบการให้รหัสโรค ICD-10 เป็นฐานที่จะช่วยในการรวบรวมวิเคราะห์และแปลผลเกี่ยวกับการตายของมารดา เอกสารนี้จะช่วยให้ผู้ที่ออกใบรับรอง การตายสามารถใช้หลักการของ ICD-10 ในการแยกเหตุตายโดยตรงและโดยอ้อมของมารดาจากการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด ซึ่งหลักเกณฑ์นี้สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งจากข้อมูลที่ได้จากระบบทะเบียนราษฎร จากการสำรวจจากระบบข้อมูลโรงพยาบาล รวมทั้งการสอบถามการตายด้วยแบบสอบถาม (Verbal autopsy) ICD-MM จะช่วยลดความผิดพลาดในการให้รหัสและช่วยแยกแยะสาเหตุมารดาตายและการเปรียบเทียบสาเหตุ มารดาตายระหว่างประเทศจะทำได้ดีขึ้น

ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ประเทศสมาชิกใช้ ICD-MM ในการ เก็บข้อมูลและทำสถิติโดยจะต้องใช้ร่วมกับ ICD-10 ทั้งสามเล่ม เพื่อที่จะทำให้การเปรียบเทียบสาเหตุตายระหว่างประเทศง่ายขึ้น องค์การอนามัยโลกได้แบ่งสาเหตุการตาย ระหว่างการตั้งครรภ์การคลอดและระยะหลังคลอดออกเป็น 9 กลุ่มไม่ซ้ำซ้อนกันทั้งทางคลินิกและระบาดวิทยา ซึ่งโดยรวมแล้วสามารถครอบคลุมเหตุมารดาตายทั้งตายโดยตรงและโดยอ้อม การลงสาเหตุการตายของมารดาจึงควร แยกให้ได้ก่อนว่าอยู่ในกลุ่มใดใน 9 กลุ่มนี้แล้วจึงไปให้รหัสละเอียดลงไปที่ทำได้รายละเอียดและรหัส ICD-10 ของสาเหตุการตายของมารดาทุกกลุ่ม

ตารางที่ 2 การจัดกลุ่มการตายของมารดา ตามระบบ ICD-MM ขององค์การอนามัยโลก

Type	Group name/number	EXAMPLES of potential causes of death
Maternal death: direct	1. Pregnancies with abortive outcome	Abortion, miscarriage, ectopic pregnancy and other conditions leading to maternal death and a pregnancy with abortive outcome
Maternal death: direct	2. Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium	Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
Maternal death: direct	3. Obstetric haemorrhage	Obstetric diseases of conditions directly associated with haemorrhage
Maternal death: direct	4. Pregnancy-related infection	Pregnancy-related, infection-based diseases or conditions
Maternal death: direct	5. Other obstetric complications	All other direct obstetric conditions not included in groups to 1-4
Maternal death: direct	6. Unanticipated complications of management	Severe adverse effects and other unanticipated complications of medical and surgical care during pregnancy, childbirth or the puerperium
Maternal death: indirect	7. Non-obstetric complications	Non-obstetric conditions * Cardiac disease(including pre-existing hypertension) * Endocrine conditions * Gastrointestinal tract conditions

Type	Group name/number	EXAMPLES of potential causes of death
		* Central nervous system conditions * Respiratory conditions * Genitourinary conditions * Autoimmune disorders * Skeletal diseases * Psychiatric disorders * Neoplasms * Infections that are not a direct result of Pregnancy
Maternal death: unspecified	8.Unknown/undetermined	Maternal death during pregnancy, childbirth and the puerperium where the underlying cause is unknown or was not determined
Death during pregnancy, childbirth and the puerperium	9. Coincidental causes	Death during pregnancy, childbirth and the puerperium due to external causes

ที่มา สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559

สถานการณ์การตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ 2563

(เดือนตุลาคม 2562 – กันยายน 2563)

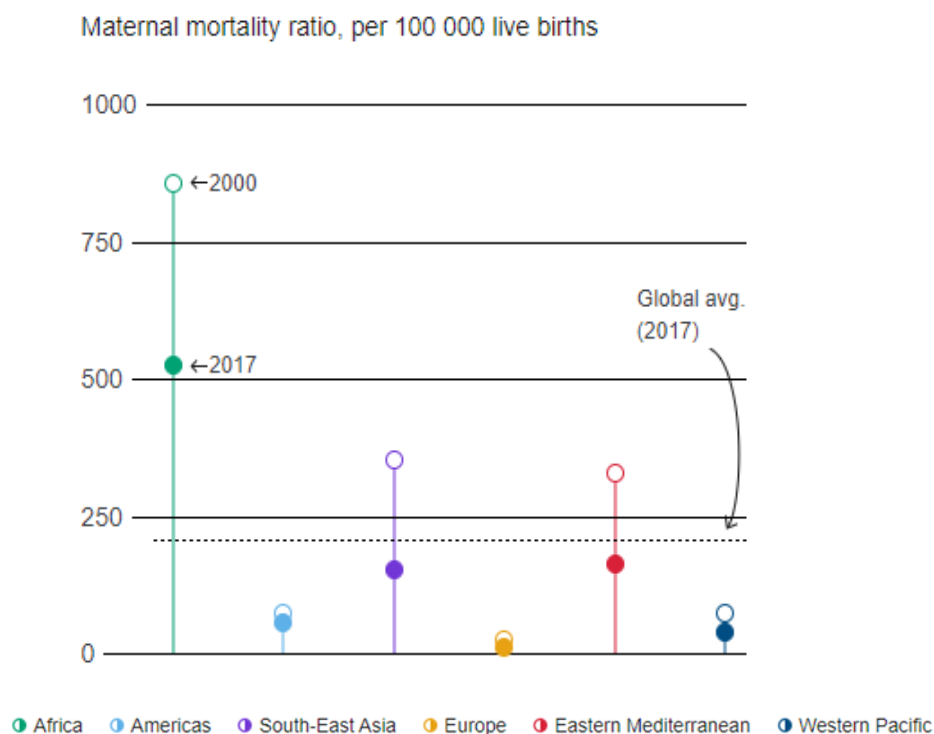
จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย การตายของมารดามีผลกระทบต่อการพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal mortality ratio, MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ทุกประเทศทั่วโลกมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของโลกในอีก 15 ปี ข้างหน้าต้องลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี 2573 ประเทศไทยโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการดำเนินงานเพื่อลดอัตราส่วนการตายมารดาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าอัตราส่วนการตายมารดาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แต่เมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาตั้งแต่ ปี 2558 จนถึงปัจจุบันพบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทยมีแนวโน้มลดลง



รูปที่ 4 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals :SDGs)

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

การเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาในประเทศอาเซียน (Compare)



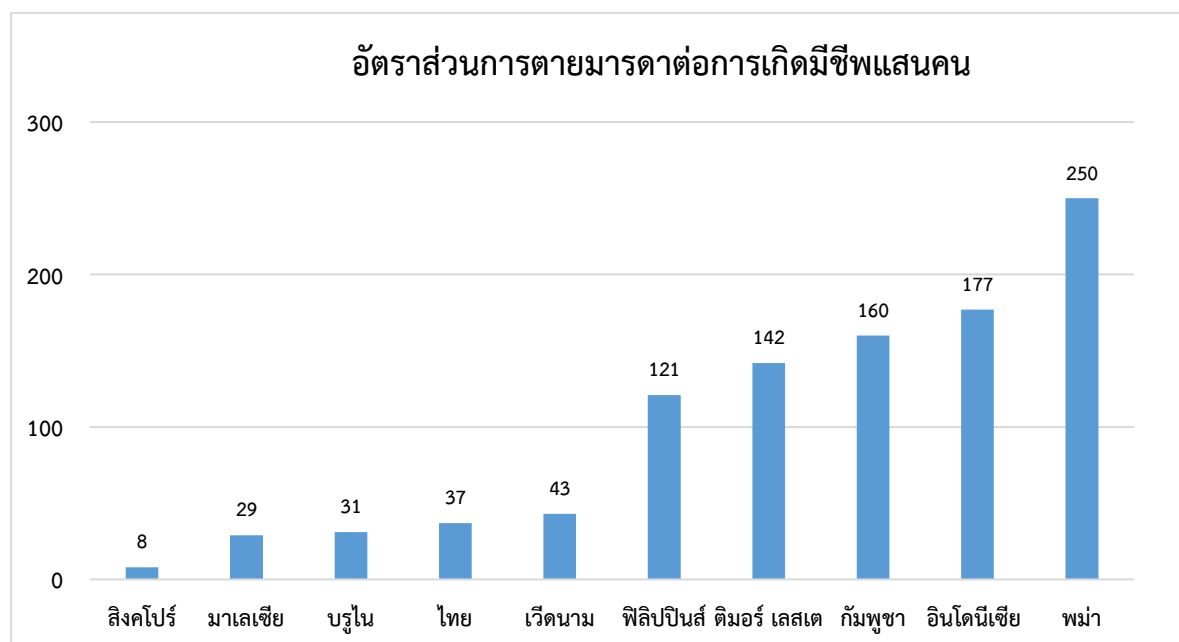
รูปที่ 5 การเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดา

ที่มา <https://www.who.int/data/gho/whs-2020-visual-summary>

จากรายงานสถิติสุขภาพโลกประจำปี ค.ศ.2020 (World Health Statistics monitoring health of the SDG 2020,WHO) พบว่าการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีผลมาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คลอด จนถึงหลังการตั้งครรภ์ อันสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันทั่วโลกในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ จากข้อมูลทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. 2014 ถึง 2019 81% ของการเกิด ทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีทักษะ แต่ยังคงพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างภูมิภาคที่เห็นได้จากแผนภูมิด้านบนถึงความก้าวหน้าในการลดอัตราการตายของมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในแต่ละภูมิภาคยังคงต้องใช้ความพยายามให้มากขึ้นในการลดการตายมารดาทั่วโลกให้ลดลงตามเป้าหมายของ SDGs เป้าหมายที่ 3.1.1 ลดอัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกให้น้อยกว่า 70 ราย ต่อการเกิดที่มีชีวิต 100,000 คน ภายในปี 2573 ซึ่งภูมิภาคที่มีอัตราการตายมารดาสูงที่สุดคือแอฟริกา ซึ่งมีอัตราการตายมารดาถึง 525 รายต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 คน ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมายถึงเจ็ดเท่า

อัตราการตายมารดาต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.2020 พบการตายมารดาทั่วโลก 211 รายต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 คน ซึ่งภูมิภาคเอเชียมีการตายมารดาเฉลี่ยอยู่ที่ 152 รายต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 คน เมื่อจัดอันดับตามกลุ่มประเทศสมาชิกเซียโร (SEARO) พบว่าประเทศไทยสามารถลดอัตราการตายมารดาได้เป็นอันดับ 2 (37 ต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 คน) รองจากประเทศศรีลังกา (36 ต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 คน)



รูปที่ 6 อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน

ที่มา: World Health Statistics 2020,WHO

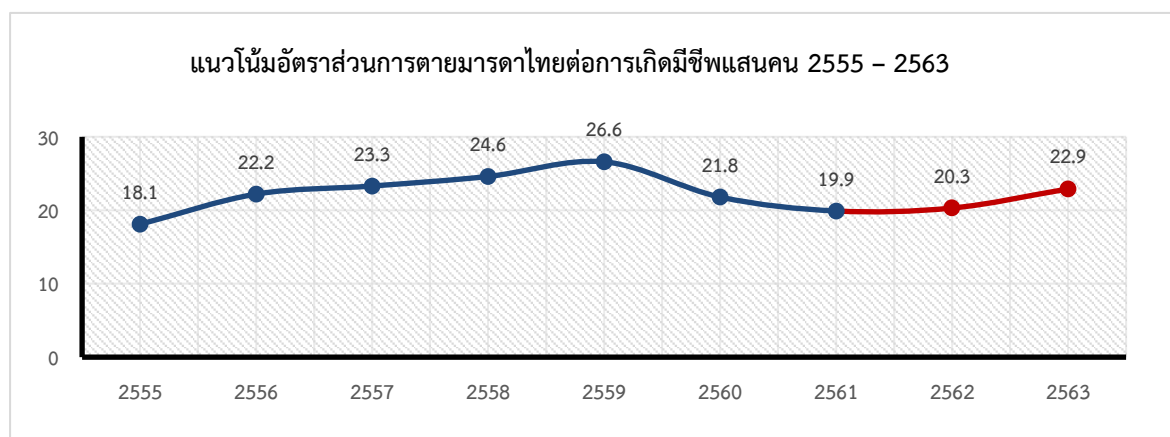
ในปี 2560 องค์การอนามัยโลกได้ทำการพยากรณ์อัตราส่วนการตายมารดาในประเทศอาเซียนว่ามีอัตราส่วนการตายมารดาเฉลี่ยเท่ากับ 152 ต่อการเกิดมีชีวิตแสน อัตราส่วนการตายมารดาจำแนกตามกลุ่มประเทศสมาชิกในทวีปเอเชีย องค์การอนามัยโลกได้ทำการคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดาไทยกับ 37 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน ซึ่งจัดอยู่ในลำดับที่ 4 รองจาก สิงคโปร์ มาเลเซีย และบรูไน ที่มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 8, 29, และ 31 ต่อแสนการเกิดมีชีวิตตามลำดับ ถึงแม้ว่าในหลายประเทศโดยเฉพาะทางแถบทวีปเอเชียประสบความสำเร็จในการลดการตายมารดา แต่การดำเนินการเพื่อลดการตายมารดาก็ยังมีปัญหาในการวัดหรือคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดา ประเทศต่าง ๆ ไม่มีตัวเลขข้อมูลพื้นฐานที่ดีของการคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดา

การดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาของประเทศไทย

ประเทศไทยได้กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักทางด้านสาธารณสุขเพื่อวัดสภาวะสุขภาพประชากรและการพัฒนาของประเทศที่สำคัญและเป็นสากลแสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ คุณภาพของการฝากครรภ์ การดูแลระหว่างคลอด และหลังคลอด ซึ่งให้เห็นถึงสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงโดยตรงและสภาพเศรษฐกิจและสังคมโดยอ้อม กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย จึงได้บรรจุตัวชี้วัดอัตราส่วนการตายมารดาลงในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534) และฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 - 2539) กำหนดเป้าหมายที่ลดอัตราส่วนการตายมารดาลงเมื่อสิ้นแผนฯ ให้เหลือ 48 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน และ 30 : 100,000 การเกิดมีชีวิต แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) กำหนดอัตราส่วนการตายมารดาลงเหลือ 20 : 100,000 การเกิดมีชีวิต แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - 2555) ลดลงเหลือไม่เกิน 18 : 100,000 การเกิดมีชีวิต แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555 - 2559) ลดลงเหลือ ไม่เกิน 15 : 100,000 การเกิดมีชีวิต และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) ลดลงเหลือ ไม่เกิน 15 : 100,000 การเกิดมีชีวิต และมอบหมายให้กรมอนามัยดำเนินงานเพื่อลดอัตราส่วนการตายมารดาตั้งแต่ปี 2530 เป็นต้นมา จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าข้อมูลสถิติชีพที่มีอยู่มีปัญหาความครบถ้วนของข้อมูลการวินิจฉัยสาเหตุการตายและการได้ข้อมูลล่าช้า การแก้ปัญหาไม่ทันต่อสถานการณ์ ในปี 2538 - 2539 กรมอนามัย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพได้พยายามแก้ไขปัญหาด้านข้อมูลเพื่อให้ทราบสถานการณ์จึงต้องคาดประมาณการตายของมารดาด้วยวิธีการสำรวจโดยใช้วิธี RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการวัดการตายของมารดาในที่ไม่มีระบบรายงานสถิติชีพ คือ การค้นหาและสอบสวนหาสาเหตุการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั้งหมด ซึ่งเรียกว่า “การสำรวจการตายของกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์” (RAMOS) อย่างไรก็ตามวิธีการสำรวจดังกล่าวต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงและไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงกับสาเหตุอย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง สำนักส่งเสริมสุขภาพจึงได้เริ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดาที่เป็นรูปแบบและชัดเจนมากขึ้น ทำให้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 มีการรายงานกรณีมารดาตายเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม

ยังพบว่าข้อมูลจากการรายงานมารดาตายนั้น ได้มาเพียงข้อมูลเชิงปริมาณ ยังขาดคุณภาพ เนื่องจากมีปัญหาอุปสรรคมากมายในการทำงานเพื่อหาสาเหตุการตาย การระบุการตายที่ไม่ถูกต้อง การจัดเก็บข้อมูลยังไม่เป็นระบบ ไม่ได้รับความร่วมมือในการแจ้งเหตุและให้ข้อมูลเนื่องจากกลัวการถูกฟ้องร้อง และอาจเป็นคติความเชื่อการวิเคราะห์ข้อมูล เกิดอคติ (Bias) ทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายที่ได้มีความบิดเบือนไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งจะมีผลต่อการกำหนดนโยบายของประเทศ ต่อมาในปี 2562 สำนักส่งเสริมสุขภาพจึงได้ปรับปรุงระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) ขึ้น โดยยึดหลักตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาแม่และเด็กและราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้ยึดถือเป็นแนวทางในการทำงานเพื่อแก้ปัญหาและลดการตายมารดาของประเทศไทย สามารถเฝ้าระวัง เก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย เพื่อความต่อเนื่องในการพัฒนาปรับปรุง และแก้ไขปัญหาทางอนามัยแม่และเด็ก และเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในงานแม่และเด็ก การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ ขอเสนอเชิงนโยบายบนฐานของข้อมูลและองค์ความรู้

แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทย

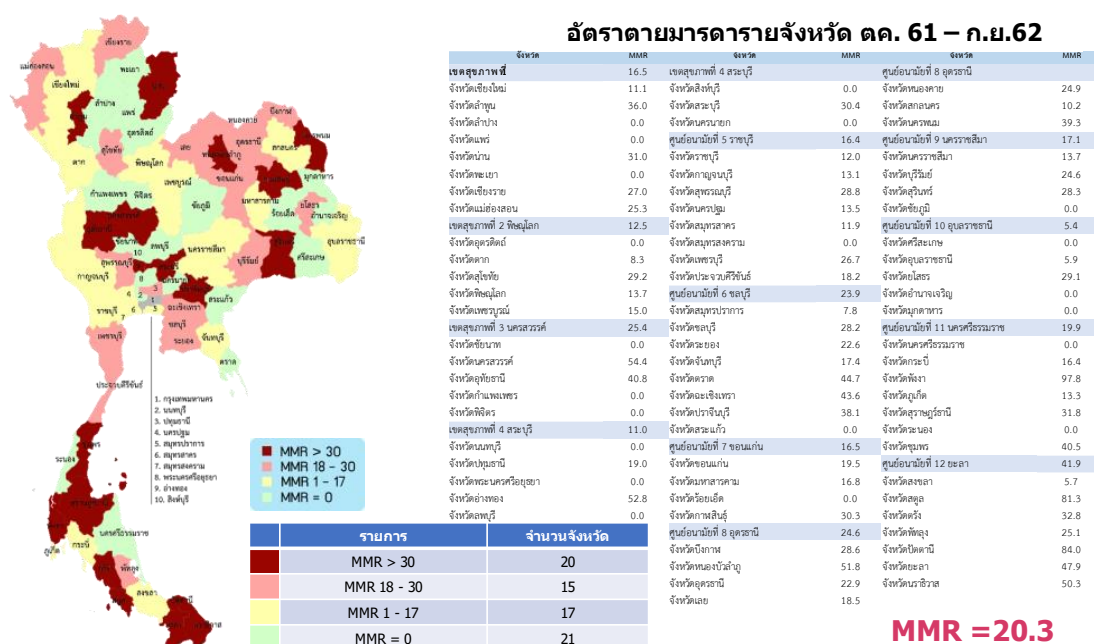


รูปที่ 7 แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทย

ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (30 กันยายน 2563)

จากการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบัน กรมอนามัยจึงได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) ขึ้น เพื่อการรายงานข้อมูลที่แม่นยำและรวดเร็ว และติดตามการดำเนินงานลดเพื่อลดการตายมารดาอย่างเข้มแข็งและจริงจัง จนสามารถเฝ้าระวัง เก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย ส่งผลให้ตั้งแต่ 2560 เป็นต้นมาอัตราส่วนการตายมารดาลดลง และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง

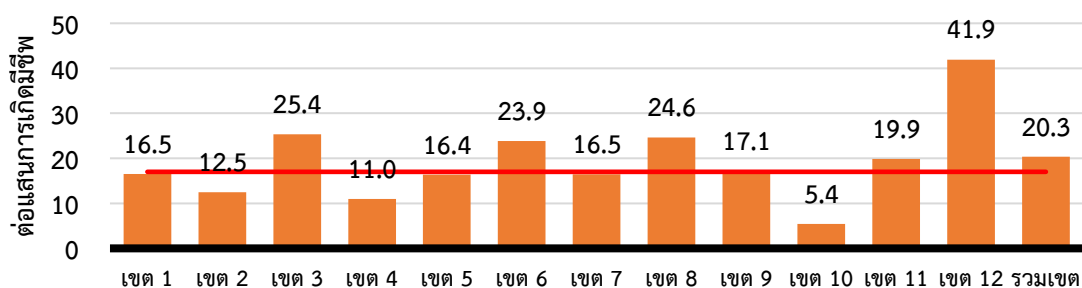
จนถึงปีงบประมาณ 2562 ถึงแม้อัตราส่วนการตายมารดาในประเทศจะลดลงอย่างต่อเนื่องแต่ผลการดำเนินงานก็ยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ในปี 2562 และในปีงบประมาณ 2563 ผลการเฝ้าระวังมารดาตายผ่านระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR system) พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 22.9 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยใน 2563 ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด



รูปที่ 8 อัตราการตายจำแนกรายจังหวัด พ.ศ. 2562

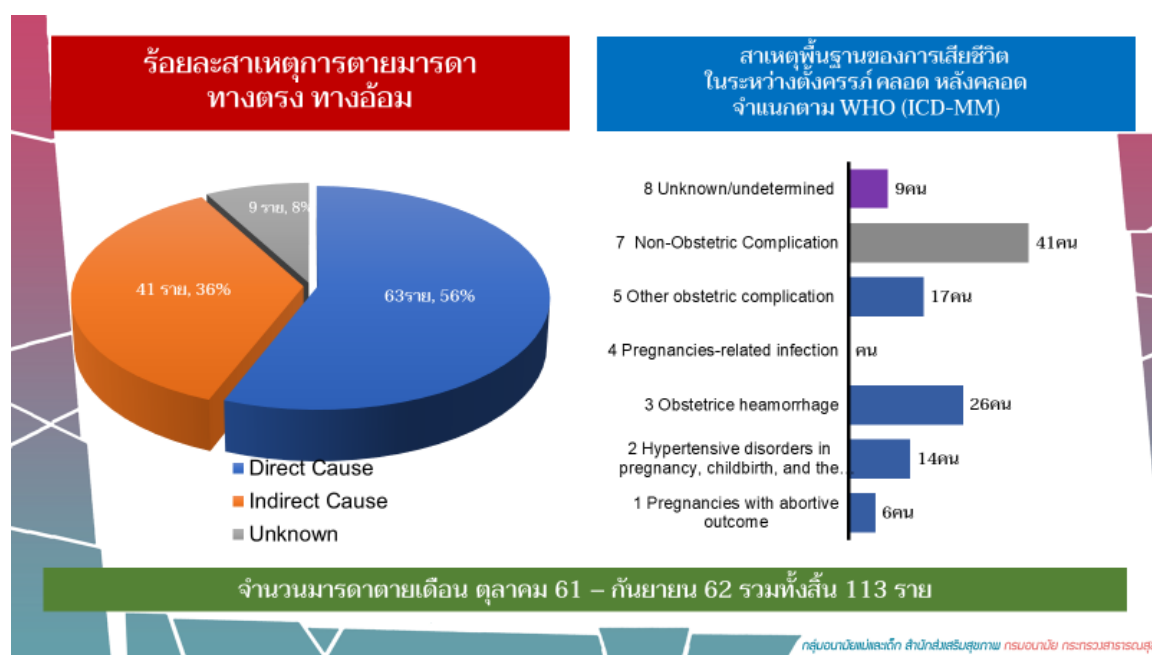
จากรูปที่ 8 แสดงอัตราการตายของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการตายเท่ากับ 20.3 และเมื่อเปรียบเทียบระดับ MMR พบว่า MMR > 30 มีจำนวน 20 จังหวัด MMR 18 - 30 มีจำนวน 15 จังหวัด MMR 1 - 17 มีจำนวน 17 จังหวัด และ MMR = 0 มีจำนวน 21 จังหวัด เมื่อพิจารณาจำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า ภาพรวม MMR = 20.3 และเมื่อพิจารณา 3 เขตสุขภาพแรกที่มีอัตราการตาย (MMR) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12 เป็นเขตที่มีมารดาตายมากที่สุดที่ MMR=41.9 รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 3 และ เขตสุขภาพที่ 8 คิดเป็น MMR เท่ากับ 25.4 และ 24.6 ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 9

อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2562
(เดือน ต.ค.61 – ก.ย.62)



รูปที่ 9 อัตราส่วนการตายมารดาจำแนกรายเขตสุขภาพ

ขณะเดียวกัน เมื่อพิจารณาสาเหตุการตาย พบว่า Direct cause เป็นสาเหตุหลัก รองลงมาคือ indirect cause และ ไม่ทราบสาเหตุ ตามลำดับ ดังแสดงใน รูปที่ 9 ขณะที่ เมื่อพิจารณาการตายของมารดาจาก 3 Delays พบว่า Delay in receiving adequate health care เป็นความล่าช้าแรกที่ทำให้มารดาตาย รองลงมาคือ Delay in seeking care และ Delay in reaching care ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 10



รูปที่ 10 สาเหตุการเสียชีวิตในระหว่างการตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด พ.ศ. 2562



รูปที่ 11 วิเคราะห์ 3 Delay ของมารดาตาย

2.3 การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ การตั้งครรภ์เป็นภาวะธรรมชาติที่เกิดมาพร้อมกับมนุษย์ จนเราเห็นเป็นเรื่องธรรมดาแต่ในความเป็นจริงแล้วในระหว่างการตั้งครรภ์ประมาณ 40 สัปดาห์ หรือ 9 เดือนเศษนั้น มีสิ่งที่ควรปฏิบัติและระมัดระวังหลายอย่าง เพื่อให้ได้ผลการคลอดที่ทั้งบุตรและมารดาปลอดภัย และมีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ ก่อนจะตั้งครรภ์นั้นเราต้องวางแผนไว้ก่อน และเมื่อตรวจว่า ตั้งครรภ์แล้ว สิ่งแรกที่ควรปฏิบัติ คือเข้ารับการฝากครรภ์โดยเร็วที่สุด ไม่ใช่คิดว่าต้องให้ท้องโตก่อนแล้วค่อยฝากครรภ์ ยิ่งฝากครรภ์เร็วยิ่งได้เปรียบ คือถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้น แพทย์จะได้ทราบ และแก้ไขให้ก่อน นอกจากนี้ยังทำให้ทราบถึงอายุครรภ์และกำหนดคลอดที่แน่นอน การฝากครรภ์ก็เข้าฝากครรภ์กับโรงพยาบาลที่เราจะไปคลอดได้ โดยสะดวก มีบางรายจะกลับไปคลอดที่ภูมิลำเนาเดิมซึ่งไกลออกไปมากก็ สามารถฝากครรภ์กับโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยใกล้เคียง ๆ กับที่เราอยู่ ตอนนี้นักก่อน เวลากลับไปคลอดก็ถือสมุดฝากครรภ์ หรือขอประวัติฝากครรภ์นำกลับไปด้วย (ดาราพงศ์ ลังกาฟ้า, 2555) วัตถุประสงค์การฝากครรภ์

1. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถที่จะรักษาสุขภาพของตนเอง ให้แข็งแรงสมบูรณ์ตลอดการตั้งครรภ์ จนกระทั่งคลอดบุตร
2. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้ผ่อนคลายความเครียดหรือความวิตกกังวล ที่เกี่ยวเนื่องกับการตั้งครรภ์และการคลอด
3. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับทราบขั้นตอนต่าง ๆ ในการคลอด รวมถึงหัตถการต่าง ๆ ที่อาจจะจำเป็น พร้อมทั้งทราบถึงภาวะแทรกซ้อน และผลดีผลเสียที่จะติดตามมา
4. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด รวมไปถึงการวางแผนครอบครัว

5. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอด ตลอดจนมีเจตคติที่ดีต่อการคลอด
6. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม
7. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถคลอดบุตรที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์
8. เพื่อตรวจและรักษาความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์
9. เพื่อสามารถป้องกันหรือวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ได้โดยเร็วที่สุด และสามารถวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (ศิริพงศ สวัสดิ์มงคล, 2548)

ระยะเวลาที่ควรไปรับการตรวจครรภ์

ควรไปฝากครรภ์ให้เร็วที่สุด เมื่อแน่ใจว่าตั้งครรภ์ หรือเมื่อแพทย์ ตรวจพบว่าตั้งครรภ์ เพราะการไปฝากครรภ์ตั้งแต่แรกนั้นจะมีประโยชน์ทั้งต่อตัวแม่เองและทารกในครรภ์ แพทย์จะได้ตรวจสุขภาพของมารดาว่าจะมีโรคแทรกซ้อนใดๆ ที่มีอันตรายจากการตั้งครรภ์ หรือเป็นอุปสรรคต่อการตั้งครรภ์หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ โรคหัวใจ รวมทั้งโรคติดเชื้อต่าง ๆ อีกด้วย (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2551) การบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์รายปกติที่ไม่มีความเสี่ยงโดยผ่านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง พร้อมได้รับความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับวิตามิน ฯลฯ ตามสิทธิประโยชน์ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้มาฝากครรภ์ตามนัดจำนวน 5 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 13 - < 20 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 20 - < 26 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 26 - < 32 สัปดาห์ และครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 32 - 40 สัปดาห์ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การประเมินสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และทารก และการวินิจฉัยภาวะครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง

ทำได้ตั้งแต่การมาฝากครรภ์ครั้งแรก จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังจากนั้นจะเป็นการตรวจติดตามเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ประเมินการเจริญเติบโตและสุขภาพของทารกในครรภ์ตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง มักจะนัดตรวจทุก 4 สัปดาห์ ใน 28 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ นัดตรวจทุก 2 - 3 สัปดาห์ระหว่างอายุครรภ์ 28 - 36 สัปดาห์ และนัดตรวจทุกสัปดาห์หลังจากอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ สิ่งที่แพทย์ต้องประเมิน ได้แก่ การประเมินอายุครรภ์ การวินิจฉัย ภาวะครรภ์เสี่ยงสูงได้แก่

1. การประเมินอายุครรภ์ปัญหาเรื่องอายุครรภ์ที่ไม่แน่นอนหรือ ไม่ชัดเจน เป็นปัญหาที่พบบ่อย และเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดในการวางแผนการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ การประเมินอายุครรภ์อาจประเมินได้ หลายปัจจัย ดังนี้ การมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย การทราบวันที่มีไข่ตก การตรวจภายในการรู้สึกถึงการเคลื่อนไหวของทารก สามารถตรวจได้ด้วยเครื่องตรวจมดลูก คลื่นความถี่สูง (จิตเกษม สุวรรณรัฐ, 2549)

2. การวินิจฉัยภาวะครรภ์ความเสี่ยงสูง

2.1 อายุ สตรีที่มาอายุน้อย มีโอกาสจะคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และคลอดยาก สาเหตุอาจจะเนื่องจากภาวะทุพโภชนาการ หรือร่างกายโดยเฉพาะกระดูกเชิงกรานยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ สตรีที่อายุมากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงของการคลอดบุตรที่มีโครโมโซมผิดปกติ

2.2 จำนวนการคลอดบุตร สตรีที่เคยมีบุตรหลายคนมีโอกาสเกิดภาวะ Placenta previa สูงขึ้น และมีความเสี่ยงที่จะตกเลือดหลังคลอดสูงขึ้น

2.3 ความสูง สตรีตั้งครรภ์ที่สูงน้อยกว่า 140 ซม. ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ Cephalopelvic disproportion

2.4 น้ำหนัก สตรีที่น้ำหนักน้อยกว่า 35 กิโลกรัมก่อนตั้งครรภ์ หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 7 กิโลกรัม ตลอดการตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยหรือภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth restriction) ภาวะทุพโภชนาการ

2.5 ความผิดปกติทางสุติกรรม ได้แก่ การมีเลือดออกระหว่างการตั้งครรภ์การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ภาวะ Preeclampsia และ Eclampsia ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารก มีความพิการแต่กำเนิดทารกตายในครรภ์

2.6 ผลตรวจเลือดผิดปกติเช่น VDRL ให้ผล Reactive, HBs Ag ให้ผลบวก หรือ Anti-HIV ให้ผลบวก

2.7 โรคเบาหวาน หรือประวัติการเป็นโรคเบาหวานในครอบครัว

2.8 โรคเลือด ได้แก่ โรคโลหิตจางจากสาเหตุต่างๆ เช่น โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคธาลัสซีเมีย

2.9 โรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ประมาณร้อยละ 5 - 10 ของการตั้งครรภ์ อุบัติการณ์นี้พบได้แตกต่างกัน ไปในแต่ละประเทศในประเทศไทยภาวะนี้มีความสำคัญเพราะเป็นสาเหตุการตายของมารดาเป็นอันดับ 3 รองจากการเสียเลือด และการติดเชื้อ (อุ๋นใจ ก่ออนันตกุล, 2549)

2.10 ภาวะ Isoimmunization ในสตรีที่กลุ่มเลือด Rh negative จำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างใกล้ชิด

2.11 ประวัติความผิดปกติในครรภ์ก่อนๆ ได้แก่ การผ่าตัด คลอดหรือผ่าตัดมดลูก คลอดบุตรก่อนกำหนด ภาวะ Preeclampsia หรือ Eclampsia ทารกตายในครรภ์มดลูกแตกหรือภาวะมีเลือดออกก่อนคลอด เป็นต้น (ปรีชา วาณิชเศรษฐกุล, 2546 และศิริพงศ สวัสดิ์มงคล, 2548)

อาการผิดปกติที่ควรจะไปพบแพทย์ ก่อนกำหนดนัดหมาย (ไทย คลินิก, 2551)

1. แพ้ท้องอย่างมากจนรับประทานอาหารไม่ได้
2. แน่นท้อง หรือท้องอืดมาก
3. ปวดศีรษะ หรือเวียนเวียนบ่อย ๆ
4. น้ำหนักเพิ่มเร็ว จนมีอาการบวมที่หน้าและมือ
5. เป็นไข้หรือหนาวสั่น
6. เด็กไม่ตื่น
7. ปัสสาวะแสบ และบ่อยเกินไป
8. มีเลือดออก หรือมีตกขาว มีกลิ่นและคัน

อาการผิดปกติที่จะต้องไปโรงพยาบาลทันที(ไทยคลินิก, 2551)

1. มีเลือดออกมาทางช่องคลอด ไม่ว่าจะเจ็บท้องหรือไม่ก็ตาม
2. มีอาการปวดท้องอย่างมาก ไม่ทราบสาเหตุ
3. ภู่น้ำคร่ำแตก มีน้ำเดินมาก แม้ว่าจะไม่เจ็บท้อง
4. มีอาการบวมอย่างมาก ปวดหัว ตามัว หรือมีอาการชัก
5. เมื่อปวดท้องคลอด อาการปวดท้องคลอดคือ การปวดท้องเป็นระยะสม่ำเสมอ ครั้งแรก จะนาน ๆ ครั้งต่อมาการปวดจะถี่เข้า โดยทั่วไปในท้องแรกควรไปโรงพยาบาล เมื่อเจ็บทุก 5 - 10 นาที เมื่อเริ่มปวดท้อง เมื่อแน่ใจว่าเป็นการปวดท้องคลอดให้ไปโรงพยาบาลได้เลย

ผู้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการคัดกรองด้วยคำถามตาม Classifying form เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก สำหรับรายที่มีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งให้ส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยภาวะเสี่ยงว่ามีอยู่จริงหรือไม่ ซึ่งจะได้รับการตรวจและนัดตามรูปแบบของโรคหรือแนวทางการรักษาของสถานบริการนั้น ๆ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) และต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

1. เคยมีทารกตายในครรภ์ หรือทารกเสียชีวิตภายใน 1 เดือนแรก
2. เคยแท้งเอง 3 ครั้งหรือมากกว่าติดต่อกัน
3. เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์
4. เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม
5. เคยเข้ารับการรักษาพยาบาลความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ
6. เคยผ่าตัดอุ้งเชิงกรานในระบบสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก ผ่าตัดคลอด ผูกปากมดลูก ฯลฯ
7. ครรภ์แฝด
8. อายุน้อยกว่า 17 ปี (นับถึง EDC)

9. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี (นับถึง EDC)
10. RH Negative
11. เลือดออกทางช่องคลอด
12. มีก้อนในอุ้งเชิงกราน
13. ความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg
14. โรคเบาหวาน
15. โรคไต
16. โรคหัวใจ
17. ตติยาเสพติด, ตติสุรา
18. โรคอายุรกรรมอื่นๆ เช่น โลหิตจาง ไทรอยด์ SLE ฯลฯ
19. โรคอื่นๆ

อาการและข้อบ่งชี้ของภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์สามารถเกิดขึ้นได้หลายอาการในหญิงตั้งครรภ์ บางอาการหญิงตั้งครรภ์ก็สามารถสังเกตและทราบได้ด้วยตนเอง แต่บางโรคไม่สามารถทราบได้ เพราะอาจมีลักษณะคล้ายคลึงกับอาการปกติที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในขณะตั้งครรภ์ เช่น อาการเหนื่อยง่าย หายใจเร็ว และบวม เป็นอาการของหญิงตั้งครรภ์มีอาการของภาวะแทรกซ้อนหรือไม่สามารถทราบได้ดังนี้คือ

1.การฝากครรภ์ การฝากครรภ์จะทำให้สามารถค้นพบภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ ได้อย่างถูกต้อง ดังนี้คือ

1.1 การซักประวัติเสี่ยง ประวัติประชากรเสี่ยง คือ อายุมารดา น้อยกว่า 16 ปี หรือมากกว่า 35 ปี ฐานะครอบครัวยากจน สภาพแวดล้อมไม่ดีทั้งทางด้านกายภาพและทางด้านคุณภาพ

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว การเจ็บป่วยของ สมาชิกในครอบครัว ดังนี้

1.2.1 การเจ็บป่วยทางพันธุกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคเลือดจาง โรคความดันโลหิตสูง โรคปัญญาอ่อน โรคจิต โรคประสาท ฯลฯ

1.2.2 การติดเชื้อ เช่น วัณโรคปอด โรคตับอักเสบ โรค เอชส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.3 ประวัติการเจ็บป่วยของหญิงตั้งครรภ์ การเจ็บป่วยของหญิง ตั้งครรภ์ที่มีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และทารก ดังนี้

1.3.1 การเจ็บป่วยทางพันธุกรรม เช่น โรคเลือด โรคกล้ามเนื้อลีบ โรคจิต

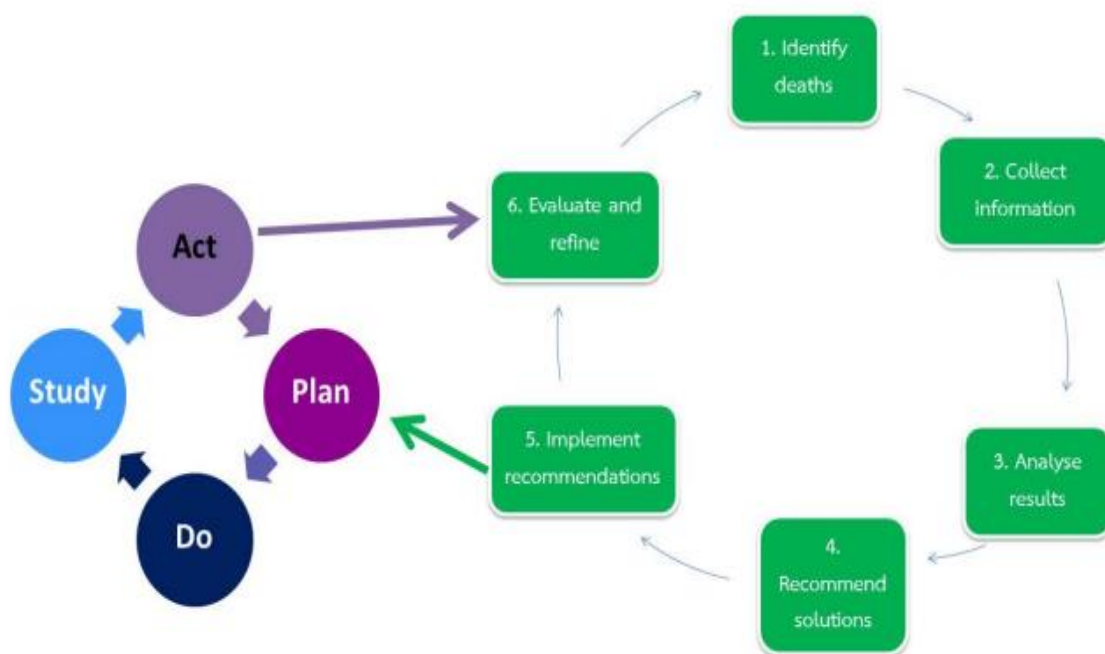
1.3.2 การเจ็บป่วยของอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น โรคตับ โรคไต โรคหัวใจ โรคปอด โรคทางสมองและประสาท

1.3.3 โรคติดเชื้อไวรัส แบคทีเรีย เชื้อราและพยาธิที่กระทบทารกในครรภ์

1.3.4 การเจ็บป่วยเกี่ยวกับเชิงกรานและช่องท้อง ตลอดจน การผ่าตัดเกี่ยวกับเชิงกราน และการผ่าตัดช่องท้อง การคลอดบุตร มากกว่า 4 ครั้ง มีประวัติคลอดบุตรตาย คลอดบุตรพิการ หรือคลอดบุตร ปัญญาอ่อน

การทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา

ขั้นตอนการทบทวนสาเหตุการตายมารดาและทารกปริกำเนิด (MDR, PNDR) ตามแนวทางของ WHO (Maternal Death Surveillance and Response Technical Guide in 2013)



รูปที่ 12 ขั้นตอนการทบทวนสาเหตุการตายมารดาและทารกปริกำเนิด

Step 1 : Identify case - แหล่งที่มาของข้อมูล: เวชระเบียนผู้ป่วย, ทะเบียนการตาย, ทะเบียนห้องฉุกเฉิน

- กำหนด definition ชัดเจน
- จัดทำบัญชีรวบรวมข้อมูล maternal deaths, stillbirths และ neonatal deaths

Step 2 : Collecting information

- ควรดำเนินการทบทวนภายใน 1 สัปดาห์หลังเกิดการตาย
- รวบรวมข้อมูลทั้งหมด : เวชระเบียน, operative note, anesthetic note, labor record, lab report, x-ray report
- ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

- การจำแนกข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ, เชื้อชาติ, การศึกษา, เศรษฐฐานะ
2. ระยะก่อนคลอด ได้แก่ ประวัติทางสูติกรรม, การวางแผนตั้งครรภ์, โรคทางอายุรกรรม, การฝากครรภ์
3. ระยะคลอด ได้แก่ วันเวลาที่เริ่มเจ็บครรภ์, เวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตก, เวลาคลอด, ผู้ทำคลอด, ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด, สภาพของทารกขณะคลอด (Apgar score)
4. ระยะหลังคลอด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน เช่น ตกเลือด

Step 3 : Analyzing the information Methods to identify modifiable factors

1. Root cause analysis: Fishbone diagram
 - Define the event - Identify contributing factors
 - Consider each contributing factor
 - If contributing factor large or too complex sub-categories are needed
 - Create an action plan
2. Delay approach: decision, reaching and receiving
3. Level approach: Patient-Provider-System Model Step

Step 4 : Recommending Solution

- การออกแบบข้อเสนอแนะ (Recommendation) ควรมีองค์ประกอบ “SMART”
 - Specific สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด
 - Measurable สามารถตรวจสอบและวัดผลได้
 - Action-oriented อธิบายข้อปฏิบัติเป็นขั้นตอนชัดเจน
 - Realistic สามารถทำได้, มีความเป็นไปได้ที่จะทำสำเร็จ
 - Time-Bound มีการกำหนดระยะเวลาชัดเจน
- ข้อเสนอแนะนี้อาจเชื่อมโยงไปกับชุมชน หรือสถานบริการใกล้เคียง
- สื่อสารให้แก่ผู้บริหารระดับสูง, ผู้กำหนดนโยบาย
- ออกรายงานเป็นระยะ

Step 5 : Implementing Changes

- ดำเนินการตามข้อเสนอแนะที่ปรับเปลี่ยน โดยใช้หลัก “PORTAL”

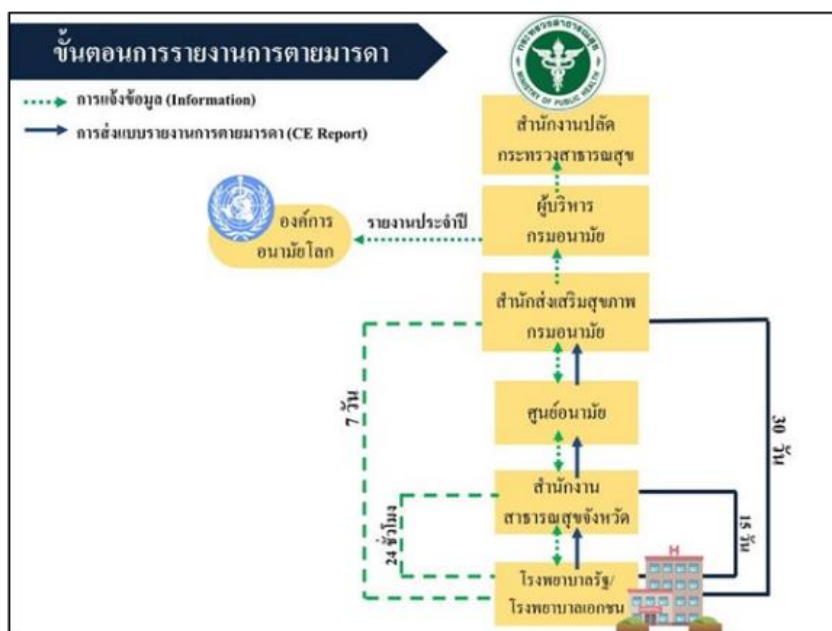
Person responsible for reporting	กำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผล
Outcomes expected	มีการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ
Resources (human, material)	อาจจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการทรัพยากร (คน เงิน ของ)
Target Audience	กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นผู้ปฏิบัติตามคำแนะนำ
Lead implementer	สั่งการโดยผู้บริหารระดับสูงสุดของหน่วยงาน (นายแพทย์ สสจ./ผู้ตรวจราชการ)

Step 6 : Evaluating and Refining

- ประเมินประสิทธิผล, ปัญหาอุปสรรค, วิเคราะห์ gap
- กำกับติดตามเป็นระยะ



รูปที่ 13 แสดงขั้นตอนปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังมารดาตาย



รูปที่ 14 แสดงลำดับขั้นตอนการรายงานมารดาตาย

ที่มา งานอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย (2563)

ขั้นตอนระบบเฝ้าระวังมารดาตาย เมื่อเกิดมารดาเสียชีวิตให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลที่มีมารดาเสียชีวิต
 - แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธาน คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง
 - ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง(RM)และแก้ปัญหาเบื้องต้น
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตาย ภายใน 24 ชั่วโมง
3. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด
 - เก็บรวบรวมข้อมูลมารดาตายทั้งหมด เพื่อใช้ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา
4. ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตาย
 - ส่งรายงานการตายมารดาเบื้องต้น ผ่าน <http://savemom.anamai.moph.go.th> ให้แก่กรมอนามัย ภายใน 7 วัน
 - ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย
 - จัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา
 - ส่งแบบฟอร์มรายงานการตายมารดา (CE-62) ผ่าน <http://savemom.anamai.moph.go.th> ให้แก่กรมอนามัย ภายใน 30 วัน
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
 - วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวม และรายงานแก่คณะอนุกรรมการมารดาและทารกปริกำเนิด ทุก 3 เดือน
 - จัดทำรายงานประจำปี และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วรวรรณ ธนอมเกียรติ (2559) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาปัจจัย สาเหตุ และสถานการณ์การตายของมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการศึกษาพบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 – 2558 จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีมารดาตายจากการตั้งครรภ์และคลอด รวมจำนวน 7 ราย หรือเฉลี่ยปีละ 1.4 ราย คิดเป็นอัตราส่วนมารดาตาย เท่ากับ 56.5, 51.15, 24.73, 0 และ 58.82 ตามลำดับ พื้นที่ที่พบว่ามีมารดาตายมากที่สุด ได้แก่พื้นที่อำเภอเมือง และอำเภอแม่สะเรียง ส่วนอำเภอปาย และอำเภอแม่ลาน้อย ไม่มีมารดาตาย สำหรับสาเหตุการตายของมารดา ปี 2554 – 2558 ของจังหวัดแม่ฮ่องสอนพบว่าสาเหตุอันดับแรก คือ การตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 57.14 (ของมารดาที่เสียชีวิตทั้งหมด) สาเหตุรองลงมาคือ การติดเชื้อ ร้อยละ 28.57 และ น้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด (Amniotic fluid embolism) ร้อยละ 14.28 ช่วงระยะเวลาที่มารดาเสียชีวิต

มากที่สุด คือ ช่วงระยะคลอด ร้อยละ 57.14 รองลงมา คือระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 28.57 มารดาตั้งครรภ์และคลอดที่เสียชีวิตมักอยู่อาศัยในพื้นที่สูง ร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ ประชากรต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในค่ายผู้หนีภัยจากการสู้รบ หรืออยู่ในพื้นที่รอยต่อเขตระหว่างจังหวัดแม่ฮ่องสอนกับประเทศสหภาพเมียนมาร์ ร้อยละ 28.57

ศรวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล และคณะ (2559) ศึกษา สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบ ต่อความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็ก ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ผลการศึกษา มีข้อค้นพบสำคัญ ถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในงานอนามัยแม่และเด็ก 3 จังหวัดชายแดนใต้ คือ 1) กำลังคน ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก มีลักษณะ “คนไม่ทันเก่า ใหม่ก็มา” ด้วยเพราะเป็นงานที่ยาก ต้องใช้ ทักษะ/ประสบการณ์ค่อนข้างสูงในการประเมินและจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ประกอบกับเครื่องมือและตัวชี้วัดที่มีมาก บางตัวชี้วัดไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ทำให้ภาระงานมาก รวมถึงอัตรากำลังตามระบบยังไม่เอื้อ เมื่อมีเจ้าหน้าที่ (น้องใหม่) มาปฏิบัติงาน จะมีการโอนงานเพื่อตนจะได้ไปรับผิดชอบงานอื่น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของงานอนามัยแม่และเด็ก 2) ความเชื่อที่ยังคงมีอยู่และเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ คือ 1) ความเชื่อ ว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่ควรรับประทานอาหารมาก รวมถึงไม่ควรรับประทานยาบำรุง 2) ความเชื่อที่จะคลอด กับหมอผู้หญิงรวมถึงวิถีชีวิต ศาสนาที่ให้คุณค่าสูงมากในเรื่องการให้กำเนิดบุตรและเชื่อว่าการตาย เป็นเรื่องของธรรมชาติ แม้ในรายที่หญิงตั้งครรภ์มีโรคมีความเสี่ยงสูงก็ยังไม่ต้องการมีลูกเพื่อสืบสกุล ตลอดจนทัศนคติที่คิดว่าการคุมกำเนิดนั้นผิดหลักการของศาสนาอิสลาม 3) โต๊ะบีแด (ผดบ.) ถือเป็น จุดแข็งของระบบอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ด้วยวิถีชีวิตและศรัทธาต่อโต๊ะบีแด เนื่องจากเป็นผู้อาวุโสที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการผสมผสานกับ หลักศาสนา อบอุนใจในน้ำคำ น้ำใจที่โต๊ะบีแดดูแลคนไข้ประดุจญาติมิตรและค่าใช้จ่ายถูก ในขณะที่ บริการทางการแพทย์ยังมีข้อจำกัดและมีช่องว่าง (Gap) ที่ไม่สามารถเข้าใจเข้าถึงวิถีมุสลิมได้อย่าง แท้จริง

จันทิยา เนติวิรัชธรรม และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์มารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2560 – 2562 มีอัตราส่วนการ ตายเป็น 11.25, 19.29 และ 16.47 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน มีมารดาตายทั้งหมด 16 ราย เป็นสาเหตุ ทางตรงร้อยละ 50 (8 ราย) และสาเหตุทางอ้อมร้อยละ 50 (8 ราย) โดยสาเหตุที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก คือ ภาวะน้ำตาลต่ำอุดตันในกระแสเลือด, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และภาวะติดเชื้อ ในระบบทางเดินอาหารและลำไส้อย่างรุนแรง ซึ่งสาเหตุทางตรงพบว่ามีสาเหตุการตายของมารดา จากภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ แต่ไม่พบสาเหตุการตาย จากการตกเลือดหลังคลอด ดังนั้นมาตรการในการลดการตายมารดานอกจากมาตรการลดการตาย จากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์แล้ว ยังต้องเน้นการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงรายบุคคล จากโรคทางอายุรกรรมเพื่อคัดกรองค้นหาโรค ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของมารดาทางอ้อมที่มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น

มลุลี แสนใจ และ วิภาวดี พิพัฒน์กุล (2563) ทำการศึกษาเรื่อง ผลการใช้รูปแบบ PMMR-Health Model เพื่อลดปัญหามารดาตาย เขตสุขภาพที่ 10 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหามารดาตาย ได้แก่ นโยบายขาดความชัดเจน บุคลากรขาดทักษะ การจัดการความเสี่ยงและระบบส่งต่อขาดประสิทธิภาพ ผู้รับบริการขาดความตระหนัก ฝากครรภ์ช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ ตั้งครรภ์อายุน้อย สำหรับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อลดปัญหามารดาตาย คือ PMMR-Health Model ซึ่งมี 5 องค์ประกอบด้วย (1) P: policy นโยบายและการขับเคลื่อนนโยบาย (2) M: man กำหนดและประเมินสมรรถนะ (3) M: material อุปกรณ์/ยาและเลือดพร้อมใช้ (4) R: Risk management คัดกรองและจัดการเสี่ยง (5) Health: health communication สื่อสารความรู้และความเสี่ยงที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ส่วนผลของการใช้รูปแบบ ฯ เพื่อลดปัญหามารดาตายในพื้นที่ทดลอง 2 จังหวัดในเชิงลัพท์ พบว่า อัตราส่วนมารดาตายมีแนวโน้มลดลง โดยจังหวัดที่ 1 ยังคงไม่มีมารดาตาย ส่วนจังหวัดที่ 2 อัตราส่วนมารดาตายลดลงจาก 17.9: 100,000 การเกิดมีชีพ เป็น 10.3 : 100,000 การเกิดมีชีพ รูปแบบ PMMR-Health Model มีความสอดคล้องกับข้อเสนอและมาตรการลดปัญหามารดาเสียชีวิตของระดับประเทศ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง การเฝ้าระวังการตายมารดาไทย ปีงบประมาณ 2563 ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยปีงบประมาณ 2563 2) เพื่อศึกษา อัตราตายมารดา ปีงบประมาณ 2563 จำแนกรายสาเหตุ และระบุความล่าช้า 3 ประการ (3 Delays model) 3) เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเป็นการศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective Research) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) กรมอนามัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และอัตรา เพื่ออธิบาย และวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทย ปีงบประมาณ 2563

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) กรมอนามัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 – เดือนกันยายน 2563 ประกอบด้วย

- 1) แบบรายงานการตายมารดา (CE-62)
- 2) รายงานสรุปการทบทวนการตายมารดา

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของข้อมูลที่ได้ให้ สมบูรณ์ครบถ้วนและถูกต้องโดยมีขั้นตอนการดำเนินงานในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ผู้ศึกษาวิจัยได้นำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และความซ้ำซ้อน ก่อนนำมา วิเคราะห์ และจัดกลุ่มสาเหตุการตายโดยได้ปรึกษานายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขาสูติ-นรี เวชกรรมเพื่อยืนยันความถูกต้องทางเนื้อหา ดังนี้

กิจกรรม	ธ.ค. 64	ม.ค. 65	ก.พ. 65	มี.ค. 65	เม.ย. 65	พ.ค. 65
1. วางแผนกระบวนการจัดทำผลงาน	√					
2. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง			√			

กิจกรรม	ธ.ค. 64	ม.ค. 65	ก.พ. 65	มี.ค. 65	เม.ย. 65	พ.ค. 65
3. เสนอขออนุมัติการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลจาก ผู้บังคับบัญชา			√			
4. รวบรวมเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล		√	√			
5. ดำเนินการชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่ในการเก็บข้อมูล			√			
6. เก็บข้อมูลการศึกษาและรวบรวมรายละเอียด ที่เกี่ยวข้อง				√		
7. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ					√	
8. สรุปผลการศึกษา						√

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย(mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าต่ำสุด (minimum) และค่าสูงสุด (maximum)

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ศึกษาความล่าช้า 3 ประการ (3 Delays model) การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้วิธีแก่นสาระแบบอุปนัย (inductive thematic analysis) มีการกำหนดหัวข้อ (theme) เมื่อผู้วิจัยได้สัมผัสกับข้อมูลแล้ว

บทที่ 4

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง การเฝ้าระวังการตายมารดาไทย ปีงบประมาณ 2563 โดยได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้รายงานข้อมูลการเฝ้าระวังมารดาตาย และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงอุปนัย โดยผู้ศึกษาแบ่งการนำเสนอผลการศึกษา ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของการดำเนินงานเฝ้าระวังมารดาตาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

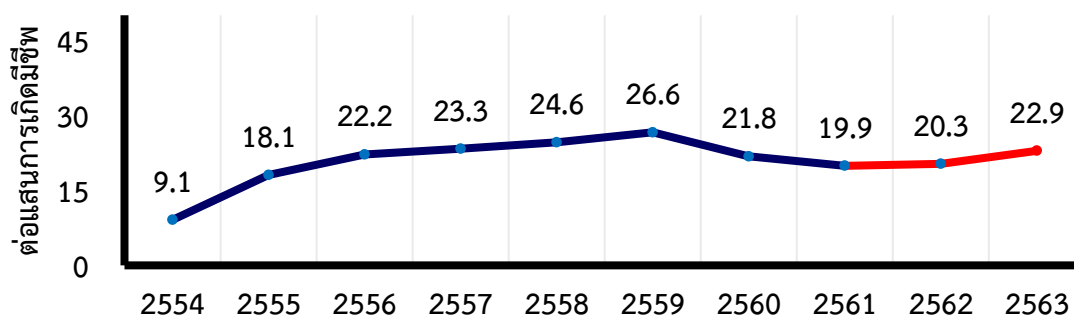
ส่วนที่ 2 สาเหตุการตายของมารดา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ส่วนที่ 3 ความล่าช้า 3 ประการ (3 Delays model)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของการดำเนินงานเฝ้าระวังมารดาตาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

สถานการณ์การป่วยและการตายของมารดา เป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพประชากรและการพัฒนาประเทศที่สำคัญและเป็นสากล การลดจำนวนของมารดาตายทั่วโลก (maternal mortality) จึงเป็นเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals - SDGs) คือการพัฒนาสุขภาพมารดา (SDG3.1: reduce maternal mortality) จากข้อมูลอนามัยแม่และเด็กพบว่า แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน 10 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2554 - 2563) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2562 พบว่า เพิ่มขึ้นดังแสดงผลในรูปที่ 15 นอกจากนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่า 3 อันดับแรกที่มีการเกิดสูงสุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 6 มีจำนวนการเกิดมากที่สุด รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 12 และเขตสุขภาพที่ 9 เมื่อพิจารณาจำนวนการเกิดที่มีสัดส่วนน้อยพบว่า เขตสุขภาพที่ 3 มีการเกิดน้อยที่สุด ดังแสดงในรูปที่ 16

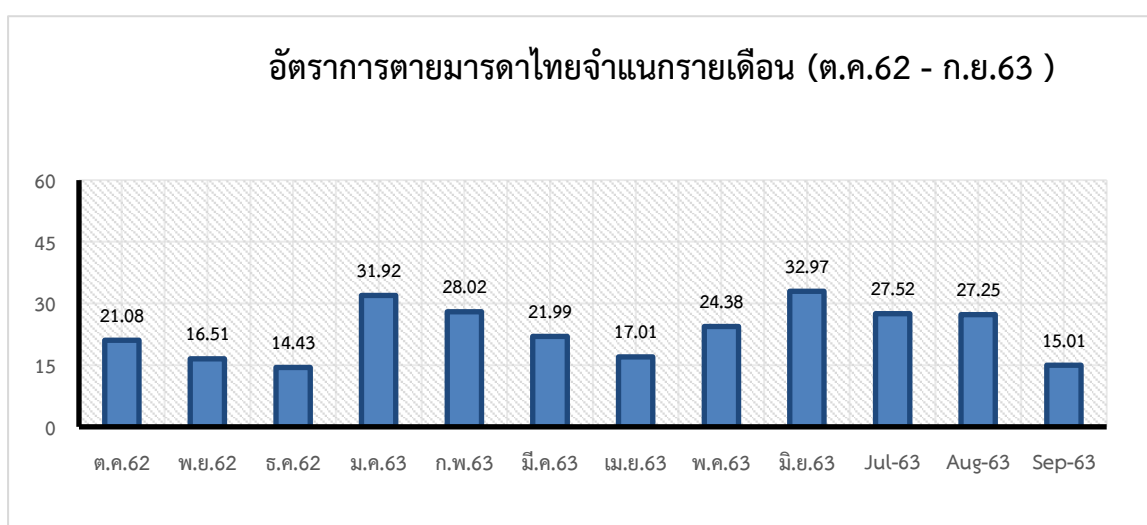
แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทย ระหว่างปีงบประมาณ 2554 - 2564



รูปที่ 15 แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน



ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563) พบเด็กเกิดมีชีวิตจำนวน 510,817 คน มารดาตายจำนวน 117 คน คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 22.90 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน เมื่อนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังมาทำการวิเคราะห์การตายมารดาแบบรายเดือนพบว่า เดือนมิถุนายน 2563 เป็นเดือนที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงที่สุดเป็นอันดับ 1 เท่ากับ 32.97 (14 คน) ต่อแสน การเกิดมีชีวิต ส่วนเดือนที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงเป็นอันดับที่ 2 เดือนมกราคม 2563 อัตราส่วน การตายมารดาเท่ากับ 31.92 (15 คน) และเดือนที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงเป็นอันดับ 3 คือ เดือนกรกฎาคม และเดือนสิงหาคม 2563 โดยทั้ง 2 เดือนมีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากันที่ 27.25 (12 คน) ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ส่วนเดือนที่มีอัตราส่วนการตายมารดาต่ำที่สุดคือเดือนกันยายน 2563 เท่ากับ 15.04 (6 คน) ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ดังแสดงในรูปที่ 17

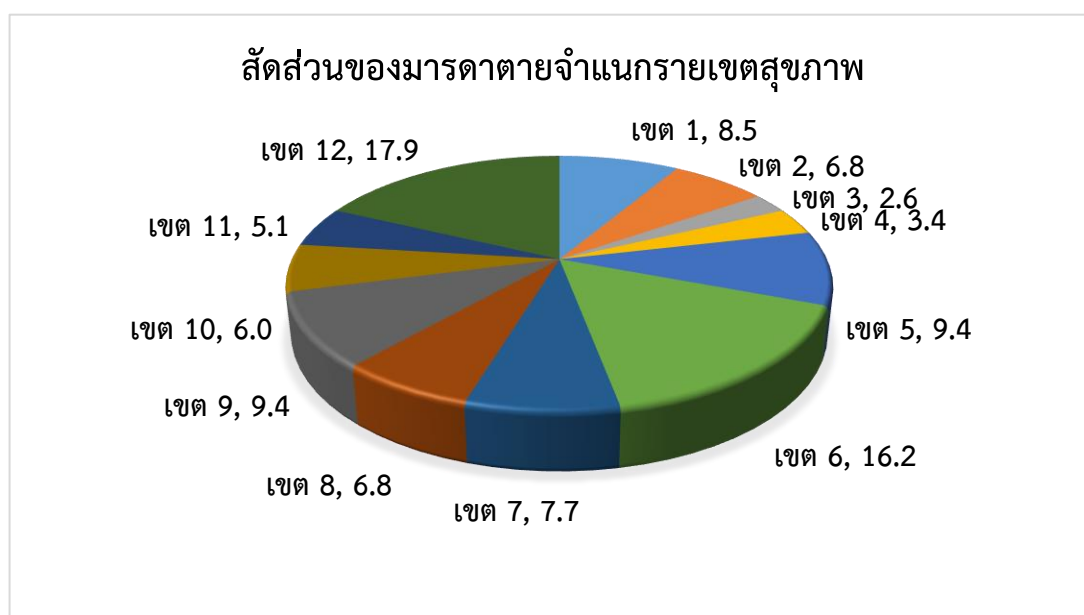


รูปที่ 17 อัตราการตายมารดาไทยจำแนกรายเดือน (ต.ค.62 - ก.ย.63)

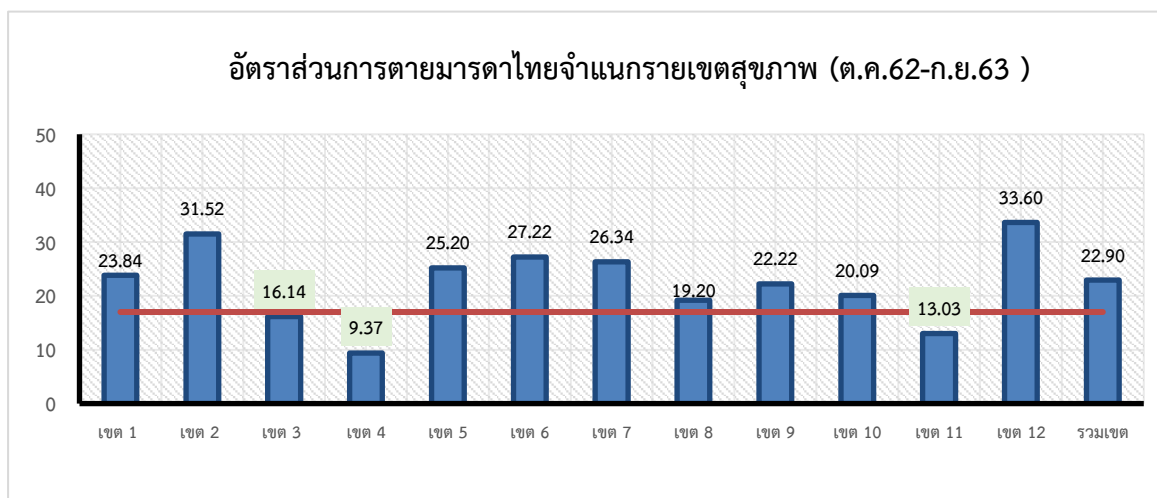
ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย; (30 กันยายน 2563)

จากการจำแนกการตายมารดาแบบรายเดือน พบว่า เดือนที่มีจำนวนมารดาตายสูง 3 เดือน ได้แก่ เดือนมิถุนายน กรกฎาคม และสิงหาคม เป็นช่วงเดือนที่แพทย์จบใหม่จะหมุนเวียนไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากแพทย์จบใหม่ยังไม่มีประสบการณ์และทักษะในงานแม่และเด็กน้อย ส่งผลให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า แพทย์จบใหม่จึงควรได้รับการฝึกปฏิบัติการดูแลรักษา หญิงตั้งครรภ์ในภาวะฉุกเฉินและหัตถการที่จำเป็นทางสูติกรรมในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ก่อนลงปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และต้องมีการ Coaching แพทย์จบใหม่ในช่วงแรกของการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังพบว่าช่วงเดือน เมษายน - มิถุนายน ของทุกปีจะเริ่มมีการโยกย้ายบุคลากรและเปลี่ยนงานใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่ประจำห้องคลอดที่ต้องรับผิดชอบสูง และมีภาระงานที่หนักแต่ไม่ได้รับการพิจารณาผลงานจึงทำให้มีการขอย้ายงานบ่อย บุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ขาดประสบการณ์และทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด พยาบาลห้องคลอดยังต้องมีศักยภาพในการคัดกรองความเสี่ยงและการประเมินสถานการณ์ความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจำเป็นต้องมีการอบรมฟื้นฟูสม่ำเสมออย่างน้อยปีละครั้ง นอกจากนั้นการตายมารดาอาจจะเกี่ยวเนื่องกับการระบาดของโรคในช่วงฤดูกาลต่าง ๆ ที่อาจจะมีผลต่อการเจ็บป่วยหรือสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เช่น การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก ซึ่งข้อมูลเท่าที่มียังไม่สามารถอธิบายได้ถึงการระบาดของโรคในแต่ละช่วงเวลาในภาพรวม จะต้องมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการศึกษาในแต่ละพื้นที่

เมื่อจำแนกสัดส่วนของการตายรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 12 มีสัดส่วนมารดาตายมากที่สุดร้อยละ 17.9 รองลงมา 3 อันดับแรกคือ เขตสุขภาพที่ 6 เขตสุขภาพที่ 9 และเขตสุขภาพที่ 1 คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 16.2 9.4 และ 8.5 ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพที่มีมารดาตายน้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 2.6 ดังแสดงในรูปที่ 18 และเปรียบเทียบอัตราส่วนตายจำแนกรายเขตในรูปที่ 19



รูปที่ 18 สัดส่วนของมารดาตาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จำแนกรายเขตสุขภาพ



รูปที่ 19 อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

เมื่อวิเคราะห์การตายมารดาตามรายเขตสุขภาพจากระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย พบว่าผลการดำเนินงานรอบ 12 เดือนในปีงบประมาณ 2563 (ต.ค.62 - ก.ย.63) อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 22.90 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยในภาพรวมประเทศไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตบริการสุขภาพพบว่ามีเพียง 3 เขตบริการสุขภาพเท่านั้นที่อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ได้แก่เขตบริการสุขภาพที่ 3 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 16.14 ต่อแสนการเกิดมีชีพ, เขตสุขภาพที่ 4 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 9.37 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และเขตสุขภาพที่ 11 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 13.03 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ส่วนเขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 33.6 ต่อแสนการเกิดมีชีพ, เขตสุขภาพที่ 2 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 31.52 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และเขตสุขภาพที่ 6 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 27.22 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ เขตสุขภาพที่มีการตายมารดาน้อยที่สุดคือเขตสุขภาพที่ 4 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 9.37 ต่อแสนการเกิดมีชีพ เขตสุขภาพที่มีการตายมารดาสูงส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น เขตสุขภาพที่ 12 ยะลา ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนใต้ 5 จังหวัดที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงที่สุดมาตลอด อันเนื่องมาจากวิถีชีวิตซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวไทยมุสลิมที่ความเชื่อทางศาสนาที่เคร่งคร่ำมีประเพณีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะและยังคงฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณหรือโต๊ะบีแดเพื่อทำพิธีกรรม (พิธีแนง) ในครรภ์แรกโดยการบอกกล่าวคาถาและตรวจท้องเพื่อขอให้ปลอดภัยทั้งแม่และลูกในท้องร่วมกับฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเหตุผลที่ยอมฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพราะว่าทางราชการกำหนดให้การฝากครรภ์เป็นเงื่อนไขในการออกใบรับรอง

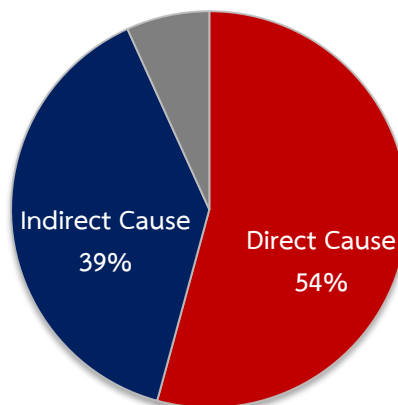
การเกิดและอุบัติภัยให้เท่านั้นแต่ไม่ได้ตระหนักหรือเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ที่แท้จริงว่าเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อประโยชน์อันสูงสุดแก่หญิงตั้งครรภ์และทารก นอกจากนี้เขตสุขภาพที่ 12 ยังเป็นพื้นที่ที่มีสถานการณ์ความรุนแรงทำให้การเข้าถึงบริการไม่สะดวกและถูกกำหนดระยะเวลาการเดินทางเข้าออกพื้นที่ตามนโยบายความโปร่งใของพื้นที่อีกด้วย เขตสุขภาพที่ 2 พิชญโลก เป็นเขตที่มีภูมิประเทศที่เป็นพื้นที่ตามแนวชายขอบของประเทศที่ติดกับภาคเหนือตอนบนมีลักษณะภูมิประเทศที่เป็นภูเขาสูง ห้างไกล และเข้าถึงยาก การคมนาคมไม่สะดวก และเขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรี อยู่ภาคตะวันออก มีลักษณะพื้นที่เป็นแหล่งนิคมอุตสาหกรรมของประเทศ มีแรงงานย้ายถิ่นจำนวนมากและมีการเคลื่อนย้ายอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้การบริการสุขภาพไม่บรรลุตามเป้าหมาย

ส่วนที่ 2 สาเหตุการตายของมารดา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

จากรายงานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562) พบว่า ที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก คือ ภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและลำไส้อย่างรุนแรง ซึ่งสาเหตุทางตรงพบว่ายังมีสาเหตุการตายของมารดาจากภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้

ขณะที่รายงาน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่า ปีงบประมาณ 2563 ได้จำแนกสาเหตุการตายของมารดาแบ่งออกเป็น 9 กลุ่ม ตาม ICD-MM ขององค์การอนามัยโลก สาเหตุการตายกลุ่มที่ 1 - 6 เป็นสาเหตุทางตรง กลุ่มที่ 7 เป็นสาเหตุการตายทางอ้อม กลุ่มที่ 8 คือสาเหตุการตายที่ไม่สามารถระบุได้ และกลุ่มที่ 9 คือสาเหตุการตายที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น ฆาตกรรม อุบัติเหตุ เป็นต้น สาเหตุการตายมารดาในกลุ่มที่ 1 - 8 ตาม ICD-MM จะถูกนำมาคำนวณอัตราส่วนการตายมารดา ส่วนการตายมารดาในกลุ่มที่ 9 การตายมาจากอุบัติเหตุและฆาตกรรม เป็นการตายที่อยู่นอกเหนือจากกลุ่มเป้าหมายตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลกจึงไม่นำมาใช้คำนวณอัตราส่วนการตายมารดา จากผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการตายมารดาปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 54 ของมารดาตายจากสาเหตุทางตรง (กลุ่มที่ 1 - 6) ร้อยละ 39 ของมารดาตายจากสาเหตุทางอ้อม (กลุ่มที่ 7) และร้อยละ 7 ของมารดาตายจากสาเหตุที่ไม่สามารถระบุได้ (กลุ่มที่ 8) โดยแสดงไว้ในรูปที่ 20 ซึ่งสรุปได้ว่าสาเหตุการตายหลักมาจากสาเหตุทางตรง (Direct Cause) ซึ่งเป็นการตายจากสาเหตุทางสุติกรรม

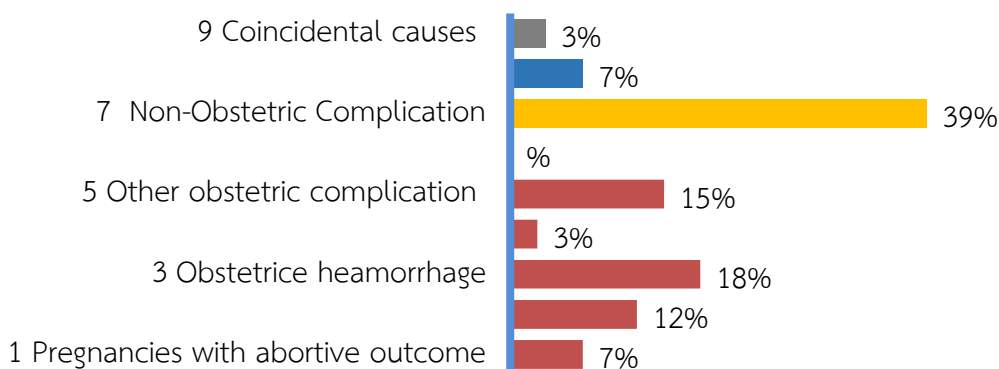
ร้อยละสาเหตุการตายมารดาทางตรง ทางอ้อมและไม่ทราบสาเหตุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563
(ตุลาคม 2562 – กันยายน 2563)
Unknown 7%



รูปที่ 20 ร้อยละสาเหตุการตายมารดา

ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย; (30 กันยายน 2563)

ร้อยละการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM : WHO
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (ตุลาคม 2562 – กันยายน 2563)



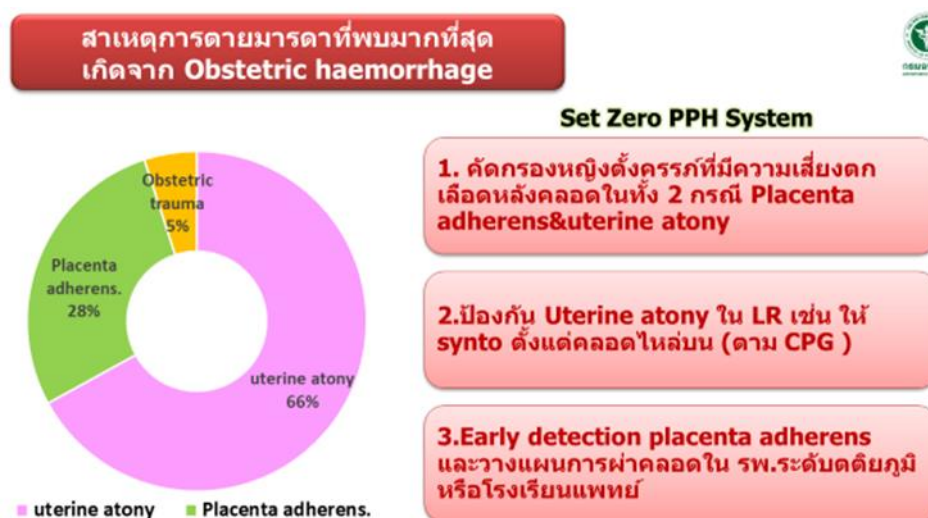
รูปที่ 21 ร้อยละการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM : WHO

ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย

จากการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายรายบุคคล พบว่า สาเหตุหลักของการตายมารดาจากการตกเลือดคิดเป็นร้อยละ 38 ของการตายจากสาเหตุทางตรง โดยร้อยละ 66 เกิดจากตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกไม่หดรัดตัว ร้อยละ 28 เกิดจากภาวะรกเกาะติดอันมีสาเหตุมาจากการผ่าตัดคลอดซ้ำจากที่เคยผ่าตัดคลอดในการตั้งครรภ์ก่อนซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มพบได้มากขึ้น และสาเหตุการตายรองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 23 ของการตายจากสาเหตุทางตรง ดังนั้นการจะลดการตายมารดาให้ได้ผลสำเร็จ ต้องมุ่งเน้นที่มาตรการป้องกันการตายจากการ

ตกเลือด และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดให้ได้ผลรমনามัย จึงได้ขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วน “ลดการตายมารดาจากการตกเลือดและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์คลอดและหลังคลอด” โดยจัดทำแนวทางการดูแลรักษาภาวะตกเลือดและการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ให้กับสถานบริการทั่วประเทศ มีการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับประเทศเพื่อถ่ายทอดนโยบายและขับเคลื่อนมาตรการ เน้นการพัฒนาคุณภาพบริการ การฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด การบริหารจัดการความเสี่ยงและการเยี่ยมเสริมพลังเพื่อเป็นการสนองต่อการขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการลดการตายจากการตกเลือด

ร้อยละสาเหตุการตายมารดาจากการตกเลือด



รูปที่ 22 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาจากการตกเลือด

ที่มา : สำนักส่งเสริมสุขภาพ; (30 กันยายน 2563)

นอกจากสาเหตุการตายทางตรงแล้วยังว่า สาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมที่มากที่สุด ได้แก่ กลุ่มของโรคหัวใจ ซึ่งเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจมีอัตราการตายมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติถึง 100 เท่า ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากทั้งแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ สูติแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ รวมถึงวิสัญญีแพทย์ และการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งในห้องคลอด และต่อเนื่องไปจนกระทั่งภายหลังการคลอดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ในระบบบริการคัดกรองความเสี่ยง ด้วยการตรวจร่างกายโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเพื่อคัดกรองโรคหัวใจ อาจจะเกินกว่าศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ดังนั้นการตรวจร่างกายหญิงตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้งโดยแพทย์ จึงเป็นความจำเป็นและเมื่อพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงแล้วต้องมีการติดตามเฝ้าระวัง และในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีประวัติป่วยด้วยโรคหัวใจจะต้องมีการคุมกำเนิด นอกจากนี้ การปฏิบัติงานของแพทย์ โดยเฉพาะสูติแพทย์และอายุรแพทย์ ต้องร่วมมือกันในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ จะช่วยลดการตายมารดาจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมได้ดีขึ้น

ส่วนที่ 3 ความล่าช้า 3 ประการ (3 Delays model)

เมื่อนำข้อมูลการตายมารดา มาวิเคราะห์ผ่านแบบจำลองความล่าช้า 3 ประการ ที่ส่งต่อการตายมารดา (3 delay Model) เพื่อจัดกลุ่มของปัญหาพบว่า ร้อยละ 43.75 ของมารดา ที่เสียชีวิตตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง และในบางรายไม่เข้ารับบริการ ฝากครรภ์เลย อันเนื่องมาจากขาดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ วัฒนธรรม และความเชื่อ (Delay in seeking care : Health literacy / Socio-economic/ cultural barriers) นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 6.25 % ของหญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตไม่สามารถเดินทางเข้ามาใช้บริการได้อย่างทันท่วงที่ อันเนื่องมาจากเป็นพื้นที่ห่างไกล ปัญหาการเดินทาง ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี แรงงานย้ายถิ่น ที่เข้าไม่ถึงสิทธิในการบริการ (Delay in reaching care : transportation) และร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตเกิดจากระบบบริการและศักยภาพของบุคลากร (Delay in receiving adequate health care) โดยแบ่งออกเป็นด้านบุคลากร ร้อยละ 41.25 ของหญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิต เกิดจากการได้รับการดูแลรักษาล่าช้า บุคลากรขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด และร้อยละ 8.75 % ของหญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตเกิดจากเวชภัณฑ์ คลังเลือด คลังยา ที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งขาดการใช้ถุงตรวจเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอด ทุกฝ่ายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว ระบบส่งต่อในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ล่าช้า การตัดสินใจส่งต่อล่าช้า ระบบส่งต่อที่ต้องติดต่อและประสานงานหลายขั้นตอน ดังรูปที่ 23

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาด้วย 3 Delay Modal



รูปที่ 23 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาด้วย 3 Delay Modal

ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย; (30 กันยายน 2563)

จากการรายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดาได้สะท้อนถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาในแต่ละพื้นที่ที่มีการเผยแพร่สถานการณ์และรายงานผลการดำเนินงานเชิงรุก พร้อมทั้งคืนข้อมูลแก่หน่วยงานในรูปแบบของ Dash board แบบรายเดือน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดทิศทาง การวางแผนเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ตลอดจนการกำหนดนโยบายและมาตรการ พร้อมทั้งวางแผนเพื่อบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้การป้องกันและลดการตายมารดาจำเป็นต้องมีการทบทวนสาเหตุการตายของมารดาทุกรายเพื่อวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นตามบริบทของพื้นที่ เน้นการจัดการรายบุคคลโดยเฉพาะระบบคัดกรองภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม โรคทางอายุรกรรม และทบทวนระบบการดูแลรักษาในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด นอกจากนี้สำนักส่งเสริมสุขภาพยังได้มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์การเฝ้าระวังให้กับผู้บริหารกรมอนามัย ทุกเดือน เพื่อผู้บริหารได้สั่งการสู่การปฏิบัติและพัฒนาในระดับเขตและประเทศ อันนำไปสู่การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมและให้การสนับสนุนตามภารกิจของกรมอนามัยต่อไป

สรุป จากการเฝ้าระวังการตายมารดาไทยพบมีมารดาเสียชีวิต 117 คน คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 22.90 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต เดือนที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อันดับ 1 เดือนมิถุนายน อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 32.97 (14 คน) ต่อแสนการเกิดมีชีวิต อันดับ 2 เดือนมกราคม อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 31.92 (15 ราย) และอันดับ 3 เดือนกรกฎาคมและสิงหาคม อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 27.25 (12) ต่อแสนการเกิดมีชีวิต เขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 33.6 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต, เขตสุขภาพที่ 2 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 31.52 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต และเขตสุขภาพที่ 6 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 27.22 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ตามลำดับ โดยมารดามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54) เสียชีวิตจากสาเหตุทางตรง และสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ได้แก่ การตกเลือด รองลงมาได้แก่ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด สาเหตุทางอ้อม (ร้อยละ 39) ที่พบมากที่สุดคือ โรคหัวใจ รองลงมา ได้แก่ ติดเชื้อในกระแสเลือด และพบการตายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ร้อยละ 8 มารดาที่เสียชีวิตจากการตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า ร้อยละ 43.75 เสียชีวิตจากการไม่สามารถเดินทางเข้ามาใช้บริการได้อย่างทันท่วงที ร้อยละ 6.25 และเสียชีวิตจากระบบบริการและศักยภาพของบุคลากร ร้อยละ 50 โดยแบ่งออกเป็นด้านบุคลากร ร้อยละ 41.25 และด้านเวชภัณฑ์ คลังเลือด คลังยา ร้อยละ 8.75

ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดของการดำเนินการ

1. ระบบบริหารจัดการ MCH Board คุณภาพและการขับเคลื่อนการดำเนินงานไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

- การใช้กลไกการขับเคลื่อนบูรณาการร่วมกันระหว่าง MCH Board Service plan เพื่อวิเคราะห์ วางแผนงาน โครงการ การกำกับ ติดตามงาน ปรับแผนตามสภาพปัญหาพื้นที่

2. ระบบบริการคุณภาพที่ยังไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานการดำเนินงาน

2.1 การพัฒนาคุณภาพระบบ บริการฝากครรภ์ และห้องคลอด ตามมาตรฐานโรงพยาบาล มาตรฐาน อนามัยแม่และเด็ก

2.2 บุคลากรใหม่ขาดทักษะและความชำนาญ

2.3 การกำกับและติดตามหญิง ตั้งครรภ์ให้ได้รับยาเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

3. การจัดการการตั้งครรภ์เสี่ยง และลดปัจจัยเสี่ยง

3.1 ไม่มีการส่งกลับข้อมูลหญิง ตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ทำให้ชุมชนไม่มี ข้อมูลความเสี่ยงต่าง ๆ และไม่ได้ ติดตาม ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง

3.2 จัดเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยงไม่ครอบคลุม

3.3 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง และ กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคทาง อายุรกรรมขาด ความรู้และทักษะใน การดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์

3.4 ระบบสื่อสารเพื่อการดูแลกลุ่ม เสี่ยงต่อเนื่องขาดความชัดเจน

โดยสรุป จากการศึกษาพบว่า การตายของมารดามีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเป็น สิ่งที่สำคัญที่จะสะท้อนคุณภาพด้านสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มีมารดาตาย จำนวน 117 ราย โดยมีสาเหตุหลักของการตายมารดาจากการตกเลือดของการตายจากสาเหตุทางตรง สาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมที่มากที่สุด ได้แก่ กลุ่มของโรคหัวใจ ขณะที่ความล่าช้า 3 ประการที่ส่งต่อการตายมารดา (3 delay Modal) พบว่า มารดาที่เสียชีวิตตัดสินใจเข้ารับบริการ ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปพิจารณาจัดทำแนวทางการดำเนินงาน ที่เหมาะสมอีกด้วย

บทที่ 5

วิจารณ์ ข้อเสนอแนะ

5.1 อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า การตายของมารดา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่า 3 อันดับแรกที่มีการเกิดสูงสุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 6 มีจำนวนการเกิดมากที่สุด รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 12 และ เขตสุขภาพที่ 9 พบเด็กเกิดมีชีวิตจำนวน 510,817 คน มารดาตายจำนวน 117 คน คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 22.90 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน สัดส่วนของการตาย รายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 12 มีสัดส่วนมารดาตายมากที่สุดร้อยละ 17.9 รองลงมา 3 อันดับแรกคือ เขตสุขภาพที่ 6 เขตสุขภาพที่ 9 และเขตสุขภาพที่ 1 คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 16.2, 9.4 และ 8.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ สาเหตุการตายของมารดา พบว่า มารดาตายจากสาเหตุทางตรง ร้อยละ 54 มารดาตายจากสาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 39 และ ของมารดาตายจากสาเหตุที่ไม่สามารถระบุได้ ร้อยละ 7 สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิยา เนติวิจิตรธรรม และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษา สถานการณ์มารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2560 – 2562 มีอัตราส่วนการตายเป็น 11.25, 19.29 และ 16.47 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน มีมารดาตาย ทั้งหมด 16 ราย เป็นสาเหตุทางตรงร้อยละ 50 (8 ราย) และสาเหตุทางอ้อมร้อยละ 50 (8 ราย) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของมารดาทางอ้อมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

สาเหตุการตายทางตรงคือภาวะตกเลือด ส่วนสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมที่มากที่สุด ได้แก่ กลุ่มของโรคหัวใจ ซึ่งเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของวรวรรณ ถนอมเกียรติ (2559) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาปัจจัยสาเหตุและสถานการณ์การตายของมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการศึกษาพบว่า ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2554 – 2558 จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีมารดาตายจากการตั้งครรภ์และคลอด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำหรับสาเหตุการตายของมารดาปี 2554 – 2558 ของจังหวัดแม่ฮ่องสอนพบว่าสาเหตุ อันดับแรก คือ การตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 57.14 (ของมารดาที่เสียชีวิตทั้งหมด) มารดาตั้งครรภ์และคลอดที่เสียชีวิตมักอยู่อาศัยในพื้นที่สูง และเป็นประชากรต่างด้าว

พิจารณาความล่าช้า 3 ประการ (3 Delays model) พบว่า ร้อยละ 43.75 ของมารดาที่เสียชีวิตตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง และร้อยละ 6.25 % ของหญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตไม่สามารถเดินทางเข้ามาใช้บริการได้อย่างทันท่วงที อันเนื่องมาจาก เป็นพื้นที่ห่างไกล ปัญหาการเดินทาง ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี นอกจากนี้ ร้อยละ 41.25 ของหญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตเกิดจากการได้รับการดูแลรักษาล่าช้า บุคลากรขาดประสบการณ์ ทักษะ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด ในด้านการบริหารจัดการพบว่าสอดคล้องกับ การศึกษาของศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล และคณะ (2559) ศึกษา สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็ก ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ผลการศึกษา มีข้อค้นพบสำคัญ ถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในงานอนามัยแม่และเด็ก 3 จังหวัดชายแดนใต้ คือ กำลังคน ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ที่ต้องใช้ทักษะ/ประสบการณ์ค่อนข้างสูงในการประเมิน

และจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และสอดคล้องกับมลลิส์ แสนใจ และ วิภาวดี พิพัฒน์กุล (2563) ทำการศึกษาเรื่อง ผลการใช้รูปแบบ PMMR-Health Model เพื่อลดปัญหามารดาตาย เขตสุขภาพที่ 10 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหามารดาตาย ได้แก่ นโยบายขาดความชัดเจน บุคลากรขาดทักษะ การจัดการความเสี่ยงและระบบส่งต่อขาดประสิทธิภาพ ผู้รับบริการขาดความตระหนัก ฝากครรภ์ช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ ตั้งครรภ์อายุน้อย

กระบวนการแก้ไขปัญหาลดปัญหามารดาตาย ของประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด เป็นตัวชี้วัดเพื่อแก้ไขและป้องกันการเกิดปัญหาการเสียชีวิตมารดา และดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กภายใต้ นโยบาย “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” เพื่อป้องกันการเสียชีวิตมารดาและทารก ประกอบด้วย (1) จัดทำแผน 5 ปี (2560 - 2564) โครงการตั้งครรภ์คุณภาพ เพื่อลดน้อย ในครรภ์เกิดรอดครบ 32 สมบัติ (2) ถ่ายทอดนโยบาย การดำเนินงานป้องกันและลดการเสียชีวิตมารดาสู่ผู้ปฏิบัติผ่าน ศูนย์อนามัยซึ่งได้รับนโยบายจากส่วนกลาง ถ่ายทอดนโยบายลงสู่เขตสุขภาพและจังหวัดในเขตรับผิดชอบ (3) ขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กโดย MCH board และ service plan ทุกระดับในการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่จำเป็น เช่น การให้บริการฝากครรภ์ การคัดกรองภาวะเสี่ยง ในหญิงตั้งครรภ์ การฝึกปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ และกำกับติดตาม ประเมินผล การเยี่ยมเสริมพลังหน้างาน การสอนงาน ระบบพี่เลี้ยงและการบริหารจัดการเพื่อพัฒนากระบวนการปฏิบัติ ตลอดจนการทำ case conference เมื่อมีการเสียชีวิตมารดาเกิดขึ้นเพื่อหาสาเหตุปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหา เน้นการป้องกันเหตุเกิดซ้ำร่วมกับศูนย์อนามัยโดยมีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นิเทศ ติดตามการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตมารดาในระดับเขตสุขภาพ

ปัญหาการบริหารจัดการเชิงระบบ ปัญหาการเชื่อมต่อนโยบายสู่การปฏิบัติ และขาดการวิเคราะห์ให้เห็นต้นเหตุของ ปัญหาที่ชัดเจน อีกทั้งปัญหามารดาตายมีสาเหตุมาจากหลากหลายปัจจัย ดังนั้นการแก้ไขปัญหาก็จำเป็นต้องมีการจัดการเชิงระบบ มีการกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหามาเป็นรูปธรรมและง่ายต่อการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่และที่สำคัญคือ ต้องมีความเหมาะสมกับบริบทนั้นๆ ด้วย การกำหนดนโยบายลดปัญหามารดาตายเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาล ขับเคลื่อนนโยบายโดยมีคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก และมีการประชุมเพื่อติดตามการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องแนวทางคัดกรองความเสี่ยงและแบ่งระดับความเสี่ยง เพื่อจำแนกผู้รับบริการให้ไปรับบริการในสถานบริการที่มีศักยภาพสูงตามระดับความเสี่ยง ในส่วนของบุคลากรและการพัฒนาทักษะบุคลากร พบว่า มีการจัดอบรมกำลังเฉพาะห้องคลอดไม่เข้าร่วมกับแผนกฉุกเฉิน มีการกำหนดสมรรถนะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด ซึ่งต้องผ่านการอบรมฝึกทักษะ เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ ในส่วนของการสร้างการมีส่วนร่วมของ ประชาชน พบว่า มีการใช้อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์เร็วขึ้นในชุมชน

นอกจากนี้ ด้านการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น สำหรับ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อให้มีความตระหนัก และสามารถตัดสินใจเข้ารับบริการได้อย่าง ทันท่วงที ทั้งนี้เนื่องจากพบว่าการเสียชีวิตมารดาที่เกิดขึ้นเกิดจากการเข้าถึงระบบบริการล่าช้า และเข้าถึงบริการที่ยากลำบาก รวมถึงการได้รับบริการดูแลสุขภาพมารดาที่ไม่เพียงพอ ผู้รับบริการ

ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ดังนั้นการปฏิบัติตามมาตรฐานและมีระบบจัดการภาวะเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องดำเนินการใน 3 ประเด็น ได้แก่ (1) มีระบบการคัดกรองความเสี่ยงจำแนกกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ (2) มี Standing Order และแนวทางการดูแลรักษาในกลุ่มที่มี ภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่พบบ่อย และ (3) มีระบบการ ส่งต่อ จำแนกระดับความเสี่ยงและหน่วยรับส่งต่อตามศักยภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ (Health communication) มีการสื่อสารความรู้และความเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และครอบครัวที่เหมาะสมตามบริบท ทั้งนี้ในรูปแบบสื่อต่างๆ ให้สอดคล้องกับความเสี่ยงที่พบบ่อยในพื้นที่ โดยสามารถอนุมานได้ ดังนี้

1. ระบบบริหารและจัดการความเสี่ยงรายบุคคล
 - มีมาตรการลดการตายมารดาจากการตกเลือด
 - คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดในกรณี Placenta adherens & uterine atony
 - ป้องกัน Uterine atony ใน LR
 - Early detection ในราย placenta adherens และวางแผนการผ่าคลอดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงเรียนแพทย์
2. ระบบเฝ้าระวังทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา
 - มีการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ สาเหตุการตายมารดา และออกแนวปฏิบัติ (Recommendation) เพื่อแก้ไขปัญหา และป้องกันเกิดเหตุซ้ำ
 - มีมาตรการลดการตายมารดาที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่
 - มีระบบติดตามและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบาย/มาตรการ เพื่อลดมารดาตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้
3. การดำเนินงานเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ
 - จัดระบบส่งต่อ Fast track ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด
 - สนับสนุน ส่งเสริม ให้หน่วยบริการดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด
 - ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย
 - สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สนับสนุนสื่อความรู้และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยง โดยการสื่อสารสร้างความตระหนักรู้ของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ส่งเสริมการฝากครรภ์เร็ว / สร้างกระแสสังคม การดำเนินงานผ่านโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้วยการตั้งครรภ์ / ยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของภาคประชาชน

5.2.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากร อบรม/ซักซ้อมสถานการณ์ ทางสุติกรรมอย่างน้อยปีละครั้งโดย

- สร้างความรอบรู้ภาวะแทรกซ้อน/โรคที่เสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และวิธีปฏิบัติตัวแก่ภาคประชาชน

- อบรมและฝึกซ้อมการช่วยชีวิตเมื่อเกิดภาวะวิกฤติ (CPR) ฝึกซ้อมเมื่อเกิดภาวะ วิกฤตทางสูติกรรมแบบบูรณาการทั้งระบบเน้นภาวะตกเลือดและความดันโลหิตสูง

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ดังนั้นจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4Ts

5.2.3 สร้างความตระหนักแก่ประชาชนต่อผลที่เกิดขึ้นจากการเกิดปัญหา การดูแลฟื้นฟูสภาพมารดาหลังคลอดที่สำคัญควรให้มารดาหลังคลอด และญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหลังคลอดมากขึ้น สร้างความตระหนักแก่หญิงตั้งครรภ์ สอนให้ทราบถึงอาการตกเลือดในระยะหลังคลอด (Late postpartum hemorrhage) สามารถดูแลสุขภาพหลังคลอดของตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้

5.2.4 ค้นหาและคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลหญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดควรที่จะมีการนำผลการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดามากำหนดมาตรการป้องกันและสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ การตายมารดาจากสาเหตุตกเลือดเป็นสาเหตุการตายหลัก ซึ่งการตายจากสาเหตุตกเลือดสามารถป้องกันได้ หากประเทศไทยสามารถลดการตายมารดาจากการตกเลือดได้ทำให้อัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยลดลง ลดการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยไม่จำเป็น เฝ้ารวังและคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดในกรณี Placenta adherents & uterine atony ในห้องคลอด Early detection ในราย placenta adherents และวางแผนการผ่าคลอดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงเรียนแพทย์ หน่วยบริการทุกระดับที่มีการให้บริการคลอดต้องสามารถผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ภายใน 30 นาที หรือสามารถส่งต่อผ่านทาง alert line และจะต้องถึงมือแพทย์ที่ c/s เมื่อถึง action line

5.2.5 หน่วยบริการทุกแห่งทำการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายรายบุคคล นำความรู้ และหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการกำหนดมาตรการและแนวทางการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้การดูแลรักษามีคุณภาพและเป็นมาตรฐาน

บรรณานุกรม

- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ.(2554).การพัฒนาคุณภาพสาเหตุการตายของประเทศไทย 2553-2554.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
- จันทิยา เนติภักขธรรม และคณะ.(2563).สถานการณ์มารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 สิงหาคม 2563-มกราคม 2564
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ (2557).การบรรยายเรื่องรูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลการตายของมารดาสำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำกรอบแนวคิดการจัดเก็บข้อมูลการตายของมารดา.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพิมล หล้าปังเมือง.(2549).สถานการณ์และการพัฒนาเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาการตาย-ทารกตายปริกำเนิด จังหวัดน่าน.
- มลฤดี แสนใจ และวิภาวดี พิพัฒน์กุล.(2564). ผลการใช้รูปแบบ PMMR-Health Model เพื่อลดปัญหาการตาย เขตสุขภาพที่ 10.วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 30 ฉบับเพิ่มเติม 2 กรกฎาคม - สิงหาคม 2564
- วรวรรณ ถนอมเกียรติ.(2559).การศึกษาปัจจัย สาเหตุและสถานการณ์การตายของมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม – ธันวาคม 2559
- วิรัตน์ ลือวิเศษไพบูลย์.(2550).การตายของมารดาในจังหวัดอุบลราชธานีพ.ศ.2546-2550.สรรพสิทธิเวชสาร 2551;29(1)37-52
- ศิริพร กัญชนะ พรสินี อมรเชษฐ์ นริลักษณ์ กุลฤกษ์ (2541).การศึกษาการตายมารดาในประเทศไทยปี2538-2539. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.ปีที่21 ฉบับที่3 กรกฎาคม-กันยายน 2541.หน้า39-48
- ศิริพร กัญชนะและคณะ. (2541) โครงการศึกษาการตายในประเทศไทย 2540-2541 .สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย(คมสท.) เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) (2556) การประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพแบบเร็ว กรณีศึกษาประเทศไทย 2556.
- ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา.(2551).รายงานการวิจัยการตายของมารดาและทารกปริกำเนิดในสถานบริการสาธารณสุขเขต 14 ปี 2551.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556).รายงานฉบับสมบูรณ์การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยพ.ศ.2555 . กรุงเทพมหานคร
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2541). ICD-10 บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 ภาษาไทย:มิถุนายน 2541
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559).คู่มือการสรุปสาเหตุการตายของแม่และเด็ก. นนทบุรี
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (2553).สถิติสาธารณสุข.นนทบุรี

- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2549). *การตายของมารดาประเทศไทย (Confidential Enquiries into Maternal Deaths in Thailand)*. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- Department Of Health AND HUMAN SERVICES.(2007). *Vital and Health Statistics Series 3*, Number 33 February 2007. Maternal Mortality and Related Concepts.
- Say L et al. (2014) *Global Causes of Maternal Death : A WHO Systematic Analysis*. Lancet
- World Health Organization , Unicef . (2012). *South-East Asia Regional Strategic Framwork For Improving Neonatal & Child Health and Development*.
- World Health Organization. (2010) *Improving the Quality and use of birth, death and cause-of-death information: guidance for a standards-based review of country practices*
- World Health Organization. (2013) *Achieving the Health-related Millennium Development Goals in the South- East Asia Region : Measuring Indicators 2012,2013*.

ภาคผนวก

แบบรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries-CE

แบบ CE

สำนักส่งเสริมสุขภาพ

กรมอนามัย 2562

ชื่อสถานบริการ.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....วันที่รายงาน.....เดือน.....พ.ศ.

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

สัญชาติ ☐ ไทย (เป็นคนไทย หรือคนที่มีเลข 13 หลัก แต่ไม่ระบุสัญชาติ)
☐ ต่างด้าว (ลาว พม่า กัมพูชา)
☐ อื่นๆ

อาชีพ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เลขที่ผู้ป่วยนอก.....เลขที่ผู้ป่วยใน.....

วันที่เสียชีวิต.....อายุครรภ์ขณะมารดาเสียชีวิต.....

2. ข้อมูลการฝากครรภ์ ☐ ฝากครรภ์ ☐ ไม่ฝากครรภ์

ตั้งครรภ์ครั้งที่.....เคยคลอด.....ครั้ง เคยแท้ง.....ครั้ง

วันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก.....สัปดาห์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ตามเกณฑ์.....ครั้ง

น้ำหนักของมารดาเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

น้ำหนักของมารดาเมื่อก่อนคลอด.....กิโลกรัม

Hb/Hctครั้งที่ 1 Hb/Hctครั้งที่ 2 Anti HIV.....

กำหนดคลอด.....

3. ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์

• ประวัติความผิดปกติของครรภ์นี้.....

• ประวัติภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ครั้งนี้

☐ มี

☐ ไม่มี

☐ ความดันโลหิตสูง

☐ ไข้หวัดในปัสสาวะ

☐ น้ำตาลในปัสสาวะ

☐ ซีด

☐ เด็กทำผิดปกติ

☐ Previous C/S

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

• ประวัติการได้รับยาขณะตั้งครรภ์และข้อสรุปสำคัญในระยะตั้งครรภ์.....

4. การรับเข้ารักษาในสถานบริการ

• ว.ด.ป. เข้ารับการรักษา วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

• สถานภาพที่มาถึงสถานบริการ

☐ แท้ง

☐ ท้องนอกมดลูก

☐ ฝากครรภ์

☐ เจ็บครรภ์/น้ำเดิน

☐ หลังคลอด

☐ ตกเลือดก่อนคลอด

- สถานภาพผู้ป่วยเมื่อถึงสถานบริการ
☐ ยังดี (stable) ☐ อาการหนัก
☐ เสียชีวิตก่อนถึงสถานบริการ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- Case Refer ☐ มาเอง ☐

5. ข้อมูลการคลอดหรือการแท้ง

A ความก้าวหน้าของการคลอด

- มีการใช้ Partograph หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- ระยะที่ 1 ชม. นาที
- ระยะที่ 2 ชม. นาที
- ระยะที่ 3 ชม. นาที
- น้ำคร่ำแตกเวลา สีนํ้าคร่ำ

B ข้อมูลการคลอดหรือการแท้ง

- วันที่คลอดหรือแท้ง เวลา.....
- กรณีแท้ง ☐ แท้งเอง ☐ ทำแท้ง
- กรณีคลอด
 วิธีคลอด ☐ ปกติ ☐ C/S ☐ F/E ☐ V/E ☐ BBA
☐ คลอดทำกันทางช่องคลอด ☐ อื่นๆ.....
- ผู้ทำคลอด ☐ สูติแพทย์ ☐ พยาบาล
☐ ผดุงครรภ์ ☐ ผดบ.
☐ แพทย์ใช้ทุน ☐ บุคลากรอื่นๆ ที่ผ่านการอบรม
☐ อื่นๆ.....
- น้ำหนักทารกแรกเกิด กรัม

C ลักษณะเด็กเมื่อแรกคลอด.....

- Apgar score ที่ 1 นาที = ที่ 5 นาที =
- ลักษณะของรกและน้ำหนก
- อาการของมารดาเมื่อหลังคลอด

6. สรุปสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิต (ถ้าเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ได้เพียง 1 ข้อ)

Group name	Potential causes of death
1. Pregnancies with abortive outcome	☐ Ectopic pregnancy ☐ Hydatidiform mole ☐ Failed attempted abortion ☐ Complication of abortion (Genital tract and pelvic infection, Excessive hemorrhage, Embolism, Renal failure, metabolic disorders, damage to pelvic organs)
2. Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium	☐ Pregnancy induced hypertension ☐ Eclampsia ☐ Gestational hypertension

Group name	Potential causes of death
3. Obstetric haemorrhage	☐ Placenta adherens ☐ Placenta previa ☐ Abruptio placentae ☐ Antepartum hemorrhage ☐ Intrapartum hemorrhage ☐ Postpartum hemorrhage (Retained placenta, Uterine atony, Perineal laceration) ☐ Obstetric trauma (Rupture of uterus, Laceration of cervix, High vaginal laceration)
4. Pregnancy-related infection	☐ Chorioamnionitis ☐ Puerperal infection ☐ Infections of genitourinary tract
5. Other obstetric complications	☐ Venous complications : DVT ☐ Liver disorders : Acute fatty liver ☐ Postpartum cardiomyopathy ☐ Intentional self - harm ☐ Obstetric embolism (Amniotic fluid embolism, Pulmonary embolism)
6. Unanticipated complications of management	☐ Complications of anesthesia (Aspiration pneumonitis, Brain anoxia, High spinal block, Failed or difficult intubation) ☐ Complications of surgery (Unintentional cut, Puncture, Perforation, Foreign body accidentally left) ☐ Complications of medical care (Mismatched blood used in transfusion, Excessive amount of fluid transfusion, Failure in dosage, Anaphylaxis due to drug, Nonadministration of necessary drug, substance)
7. Non-obstetric complications	☐ Heart vascular diseases ☐ Cerebral hemorrhage ☐ Pneumonia ☐ Neoplasm ☐ AIDS ☐ Autoimmune diseases ☐ Malignancy ☐ Endocrine diseases ☐ Infections that are not a direct result of pregnancy
8. Unknown/undetermined	☐ The underlying cause is unknown or was not determined
9. Coincidental causes	☐ External causes except intentional self-harm (Accidental, Assault) ☐ Diseases not aggravated by the pregnancy

7. สรุปสาเหตุที่ทำให้มารดาเสียชีวิตเมื่อวิเคราะห์ 3 Delays (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

Delays	หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่	เหตุผล..../ โปรดระบุ
1. หลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์/ครอบครัว (การตัดสินใจ)	ความชักช้าในการตัดสินใจเข้าสถานพยาบาล			
	การปฏิเสธการรักษาหรือเข้ารับการรักษา			
2. ระบบส่งต่อการสื่อสาร (การเข้าถึง)	ขาดยานพาหนะจากบ้านไปสถานพยาบาล			
	ขาดยานพาหนะระหว่างสถานพยาบาล			
	การสื่อสารระหว่างสถานบริการล้มเหลว			

3. บุคลากรและสถานพยาบาล (คุณภาพบริการ)	ขาดวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์, ยา, คลังเลือด			
	บุคลากรไม่เพียงพอ			
	ขาดทักษะ ความชำนาญ			
	ความล่าช้าในการรักษาและตัดสินใจ เปลี่ยน วิธีการรักษาตาม CPG			

8. การผ่านชั้นสูตรศพ ☐ ไม่ได้ทำ

☐ ได้ทำ ผลการชันสูตรศพ.....

.....

.....

.....

9. สรุปโดยย่อเกี่ยวกับปัจจัยหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับการตาย

.....

.....

.....

.....

10. การตายครั้งนี้สามารถป้องกันได้หรือไม่

☐ ได้ ☐ ไม่ได้

11. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา.....

.....

.....

.....

12. คณะกรรมการ MCH รพ..... จังหวัด.....

(ชื่อ-สกุล).....วันที่.....

13. ผู้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายงาน

(ชื่อ-สกุล).....วันที่.....

14. ผู้ส่งรายงานเข้ากรมอนามัย

(ชื่อ-สกุล).....วันที่.....