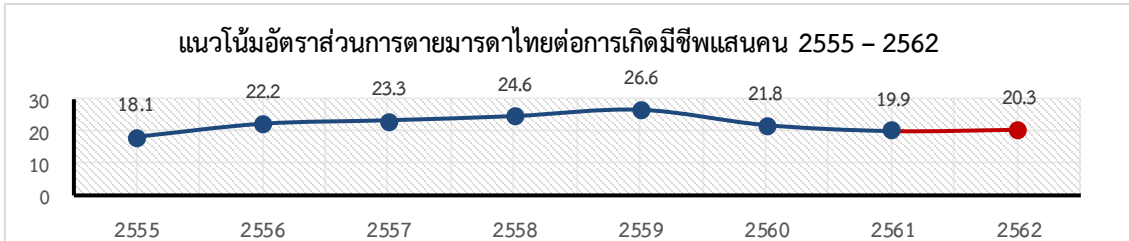


Executive summary

ตัวชี้วัด 1.1 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน สรุปการประเมินและการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย/มาตรการ

KPI	อัตราส่วนการตายมารดา																		
Level	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ⁽¹⁾																		
Trend	แนวโน้มลดลง ปี 2555 -2562 ⁽²⁾  แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน 2555 – 2562 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราส่วนการตายมารดา (ต่อ 100,000 คนเกิดมีชีพ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2555</td><td>18.1</td></tr> <tr><td>2556</td><td>22.2</td></tr> <tr><td>2557</td><td>23.3</td></tr> <tr><td>2558</td><td>24.6</td></tr> <tr><td>2559</td><td>26.6</td></tr> <tr><td>2560</td><td>21.8</td></tr> <tr><td>2561</td><td>19.9</td></tr> <tr><td>2562</td><td>20.3</td></tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราส่วนการตายมารดา (ต่อ 100,000 คนเกิดมีชีพ)	2555	18.1	2556	22.2	2557	23.3	2558	24.6	2559	26.6	2560	21.8	2561	19.9	2562	20.3
ปี	อัตราส่วนการตายมารดา (ต่อ 100,000 คนเกิดมีชีพ)																		
2555	18.1																		
2556	22.2																		
2557	23.3																		
2558	24.6																		
2559	26.6																		
2560	21.8																		
2561	19.9																		
2562	20.3																		
Compare	อัตราส่วนการตายมารดาไทย (MMR Thailand) ⁽³⁾ ในปี 2015 ต่ำเป็นอันดับ 3 ของ ASEAN (26 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) รองจากประเทศ สิงคโปร์ (7ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) และมาเลเซีย (25 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)																		
Integrate	เป็นเครื่องชี้วัดด้านสุขภาพที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัย และเพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของโลกในอีก 15 ปี ข้างหน้า (ลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี 2573)																		
สรุปปัญหา	อัตราการตายมารดาไทยยังไม่บรรลุเป้าหมายของประเทศไทยที่กำหนด ⁽⁴⁾																		
Demand side																			
Time	ปีงบประมาณ 2562 เดือนกุมภาพันธ์ 2562 มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 39.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งถือว่ามากที่สุดในปีงบประมาณ 2562 รองลงมาได้แก่เดือน ตุลาคม 2561 มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 38.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และเดือนที่มีอัตราส่วนการตายมารดาน้อยที่สุดได้แก่เดือน พฤษภาคม เท่ากับ 8.7 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน																		
Place	ในปีงบประมาณ 2562 จำแนกอัตราส่วนการตายมารดาตามรายเขตบริการสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เขตบริการสุขภาพที่ 12 (41.9) รองลงมาคือ เขตบริการสุขภาพที่ 3 (25.4), เขตบริการสุขภาพที่ 8 (24.6) ตามลำดับ และเขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาต่ำสุดคือ เขตบริการสุขภาพที่ 10 (5.4) ⁽⁵⁾																		
สาเหตุ	- ปีงบประมาณ 2562 Direct cause ร้อยละ 56 Indirect cause ร้อยละ 36 Unknown ร้อยละ 8 สาเหตุการตายหลัก ตกเลือด (กลุ่มที่ 3 Obstetric hemorrhage) จำนวน 26 รายจากการตายทั้งหมด (113 ราย) รองลงมาได้แก่ ความดันโลหิตสูง (กลุ่มที่ 2 Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium) จำนวน 14 ราย จากการตายทั้งหมด (113 ราย) ⁽⁵⁾ - สาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) พบมากที่สุด จากการติดเชื้อ จำนวน 8 ราย ในจำนวนนี้เกิดจากไข้หวัดใหญ่ 2 ราย รองลงมาคือโรคหัวใจ จำนวน 7 ราย โรคหลอดเลือดสมอง																		

	จำนวน 5 ราย ⁽⁵⁾
Supply side	
การ จัดบริการ	ปัญหา 3 Delay Delay ที่ 1 เข้ารับบริการล่าช้า (Delay in seeking care) ร้อยละ 58.1 Delay ที่ 2 การเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ 5.4 Delay ที่ 3 การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ร้อยละ 83.6 แบ่งเป็น - เกิดจากศักยภาพบุคลากรร้อยละ 89.4 - เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือดร้อยละ 45.6
ข้อมูล	จากระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR : Maternal Death Surveillance and Response)
บุคลากร	ศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ แพทย์และพยาบาลจบใหม่ยังขาดทักษะในด้านภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
เทคโนโลยี	1. ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. CE Online 3. โครงการ 9 อย่างเพื่อสร้างลูก 4. นิเทศติดตาม/เยี่ยมเสริมพลัง - กรมอนามัย - ตรวจราชการ
งบประมาณ 2563	โครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อสร้างแม่ลูกคุณภาพ งบประมาณ ส่วนกลาง 7,691,600 บาท ภูมิภาค 19,740,000 บาท
การสกัดองค์ความรู้	
Key message ต้องเป็นการประชุมเพื่อสกัดความรู้ทั้ง จาก Knowledge D + Knowledge E เพื่อให้ได้ Knowledge Σ เพื่อนำ Key message มาเขียนข้อเสนอแนะ	
ข้อเสนอแนะ	
1. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยง สื่อสารสร้างความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ส่งเสริมการฝากท้องเร็ว / สร้างกระแสสังคมการดำเนินงานเฝ้าระวังเพื่อสร้างลูก / ยกย่องความรู้ภาคประชาชน 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร อบรม/ฝึกซ้อมสถานการณ์ทางสูติกรรมอย่างน้อยปีละครั้ง 3. พัฒนาระบบบริการ คลินิกฝากครรภ์คุณภาพ ห้องคลอดคุณภาพ 4. พัฒนาเครือข่ายและระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด Zoning & Network 5. พัฒนาระบบรายงานเฝ้าระวังมารดาตายที่มีประสิทธิภาพ 6. ระบบบริหารจัดการทรัพยากรตามบริบท	

หมายเหตุ:

- (1) เป้าหมายรอบ 6 เดือนแรก อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- (2) พ.ศ.2555-2561 จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ.2555-2561 จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดาไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- (3) Compare some SDGs Goal among ASEAN Countries in the year 2015 : ASEAN Secretariat
- (4) เป้าหมายประเทศไทย : ลดอัตราส่วนการตายมารดาไทยให้ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนภายในปี 2565
เป้าหมาย SDGs : ลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี 2573
- (5) ระบบเฝ้าระวังการตายมารดาไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- (6) Estimate of maternal mortality Ratio by statistic modeling : WHO , Unicef ,UNFPA ,World Bank ,UN Population Division and

บทวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ 2562

กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

1. ส่วนที่ 1 Result

การเปรียบเทียบค่าเป้าหมายกับผลการดำเนินงาน (Level)

ระบบสารสนเทศด้านการสาธารณสุขไทยกระทรวงสาธารณสุข มีการรายงานอัตราส่วนการตายมารดาในระดับประเทศ จาก 2 แหล่งคือ 1) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : กยผ และ 2) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย โดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : กยผ จัดทำรายงานประจำปี ประมวลผลข้อมูลทางสถิติ ปีละ 1 ครั้งและเผยแพร่ข้อมูลในเดือน กรกฎาคม ของปีถัดไป เพื่อใช้เป็นข้อมูลในระดับประเทศและใช้เทียบเคียงในระดับสากล ด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลาที่ต้องใช้เวลาในการรวบรวมและวิเคราะห์นานถึง 11 เดือนนั้น สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จึงได้จัดทำระบบเฝ้าระวังการตายมารดารายเดือนขึ้น เพื่อใช้ในการกำกับติดตามข้อมูลและผลการดำเนินงานเชิงรุก และเป็นปัจจุบัน ทันต่อสถานการณ์ เพื่อการเฝ้าระวัง วิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ปัจจุบันได้ทันที่ นอกจากนี้กรมอนามัยยังมีหน้าที่หลักในการวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อใช้ในการวางนโยบาย และมาตรการ การดำเนินงานทั้งในระดับประเทศและพื้นที่ เป้าประสงค์เพื่อลดอัตราส่วนการตายมารดาไทยในระดับประเทศ ให้น้อยกว่า 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนในปี งบประมาณ 2565

จากข้อมูลสถานการณ์การตายมารดาไทยจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่า ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562) อัตราส่วนการตายมารดาไทย เท่ากับ 20.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ และเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2561 (อัตราส่วนการตายมารดาปีงบประมาณ 2561 เท่ากับ 19.9) แสดงให้เห็นว่าในปี 2562 การดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดา ยังคงไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายเท่ากับไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)

แนวโน้มการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยในปัจจุบัน (Trend)

ในปี พ.ศ. 2559 กรมอนามัย ได้จัดทำระบบเฝ้าระวังการตายมารดาเชิงรุกขึ้น และได้กำหนดแผนการดำเนินงาน เพื่อลดการตายมารดาในระยะสั้นช่วง 5 ปีแรกขึ้น โดยมีการกำหนดมาตรการและเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานดังนี้

ช่วงที่ 1 ปีงบประมาณ 2560-261 อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ช่วงที่ 2 ปีงบประมาณ 2562-2563 อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

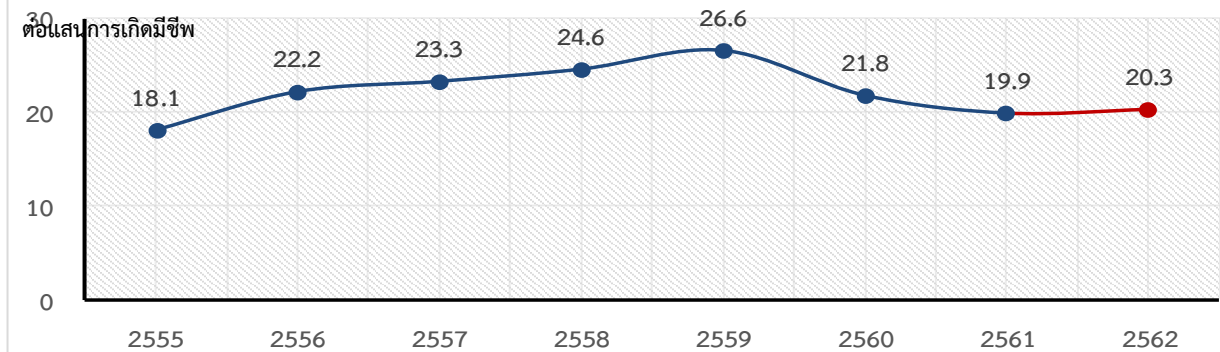
ช่วงที่ 3 ปีงบประมาณ 2564 อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ช่วงที่ 4 ปีงบประมาณ 2565 อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

และจากการกำกับติดตามงานอย่าเข้มข้นและมีระบบที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผลการดำเนินงานในช่วงที่ 1 อัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมาอย่างเห็นได้ชัด

ถึงแม้ที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของประเทศไปได้ก็ตาม (อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) แต่ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาอัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มลดลง โดยอัตราส่วนการตายมารดาลดลงจาก 44.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 18.1 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี 2555 ซึ่งลดต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่กำหนดไว้เท่ากับ 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน นอกจากนี้เมื่อเทียบในระดับภูมิภาคอาเซียน ประเทศไทยสามารถป้องกันการตายมารดาได้เป็นอันดับที่ 3 ของแถบภูมิภาคอาเซียนอีกด้วย

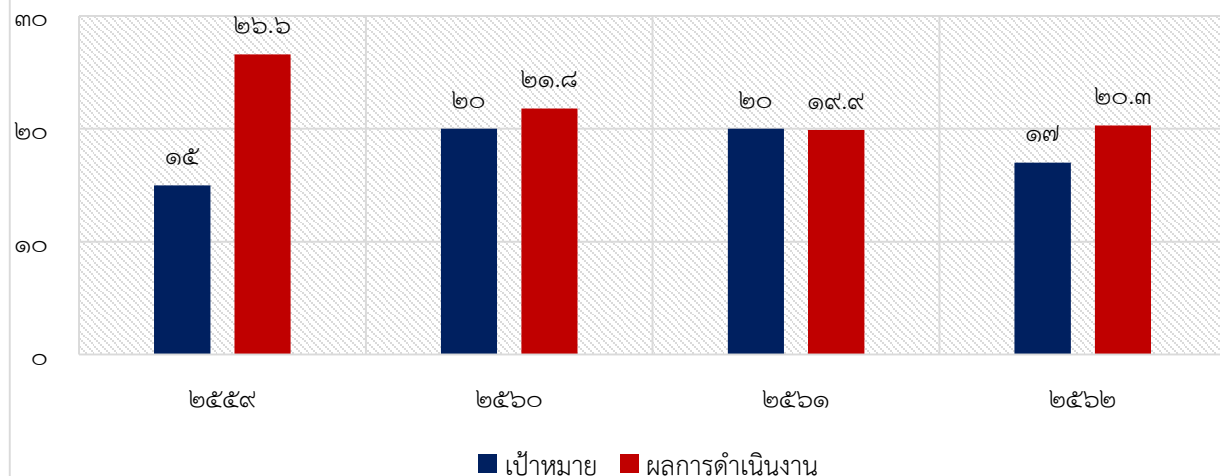
กราฟแนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน 2555 – 2562



พ.ร.

ที่มา : พ.ศ.2555-2561 จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ.2552 จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

กราฟผลการดำเนินงานอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน
เทียบกับเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

Compare Some SDGs Goal among ASEAN Countries in the year 2015

	MMR/ 100,000 LB	Birth Attend%	Teenage Birth*	EBF % **	IMR / 1,000 LB	5UMR/ 1,000 LB	Forest Area %	Improved water %	Sanitation Facility %
Brunie	60	100	11.4	na	9	3	75	100	87
Cambodia	170	89	57.0	72	27	35	49	59	62
Indonesia	305	92	40.1	41	22	26	51	71	62
Lao	357	37	75.6	27	57	86	42	76	71
Malaysia	24	99	11.5	na	7	8	55	95	100
Myanmar	180	77	36.0	23	39	52	43	na	na
Philippines	221	87	57.0	na	23	31	23	86	94
Singapore	7	100	2.7	na	2	3	23	100	100
Thailand	25	100	51.0	12.3	6	9	32	97	100
Viet Nam	69	90	30.1	18	15	22	41	93	84
ASEAN	197	91	na	na	20	26	45	81	78

Source : ASEAN Secretariat

ตัวย่อ MMR = อัตราตาย ,LB=Lived Birth ,IMR อัตราการตาย ,U5MR=อัตราตายเด็กอายุ < 5 ปี, Birth attend = Birth attend by skill health personnel ,Forest =พื้นที่ป่าไม้ ,Sanitation = Improved sanitation facility

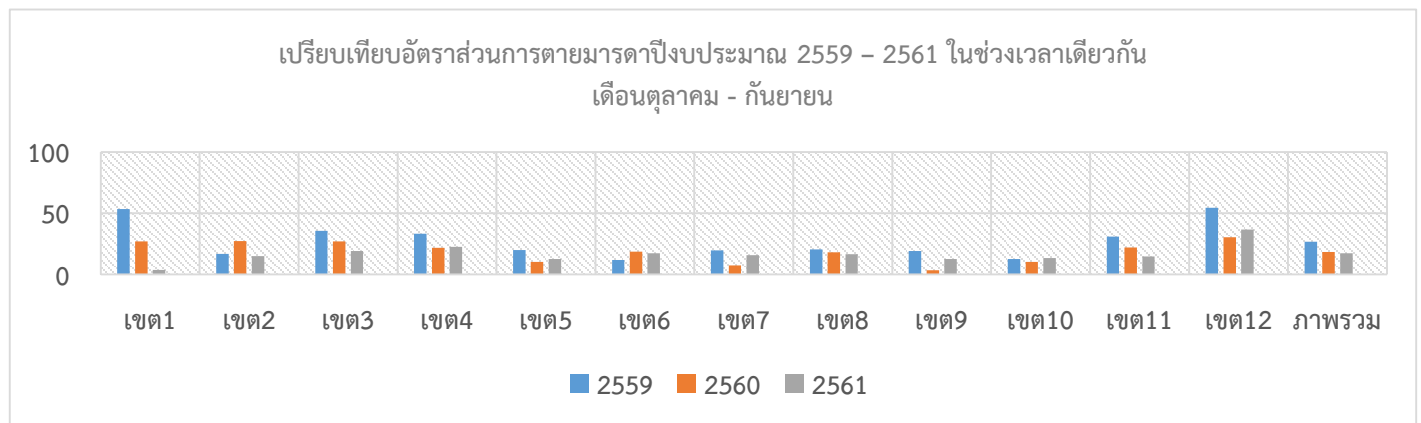
* Teenage = Teenage Birth rate / 1,000 women 15-19 years in the year 2018 Source from WHO

** EBF = Exclusive Breast Feeding in 6 month Source MICS Survey 2008-2012

2. Demand

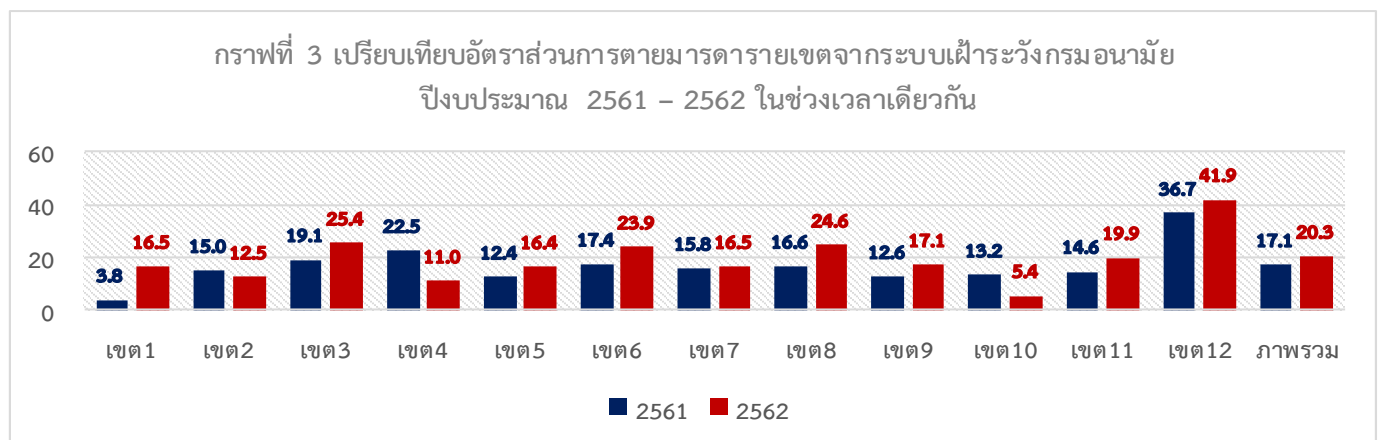
สถานการณ์การตายมารดาในประเทศไทยจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา กรมอนามัย (Distribution)

เมื่อนำอัตราส่วนการตายมารดาปีงบประมาณ 2559 เปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานปี 2560 และ 2561 พบว่า อัตราส่วนการตายมารดารายเขตและภาพรวมประเทศ 2560 และ 2561 ลดลงจากปี 2559 อย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา กรมอนามัยมีการจัดทำระบบเฝ้าระวังการตายมารดาที่สามารถรายงานผลการดำเนินงานและสถานการณ์การตายมารดาแบบรายเดือน ก่อให้เกิดการกำกับติดตามงานที่ทันต่อสถานการณ์ ผู้บริหารสามารถรับรู้รับทราบสถานการณ์ที่แท้จริง ทำให้ทุกหน่วยงานสามารถร่วมมือและช่วยกันแก้ปัญหาได้ถูกจุด ทันเวลา และในปีงบประมาณ 2560-2561 เขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 20 ต่อแสนการเกิดมีชีพ มีทั้งสิ้น 8 เขต ได้แก่เขตสุขภาพที่ 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10 และ 11 ส่วนเขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12 และเขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาน้อยที่สุดได้แก่เขตสุขภาพที่ 9



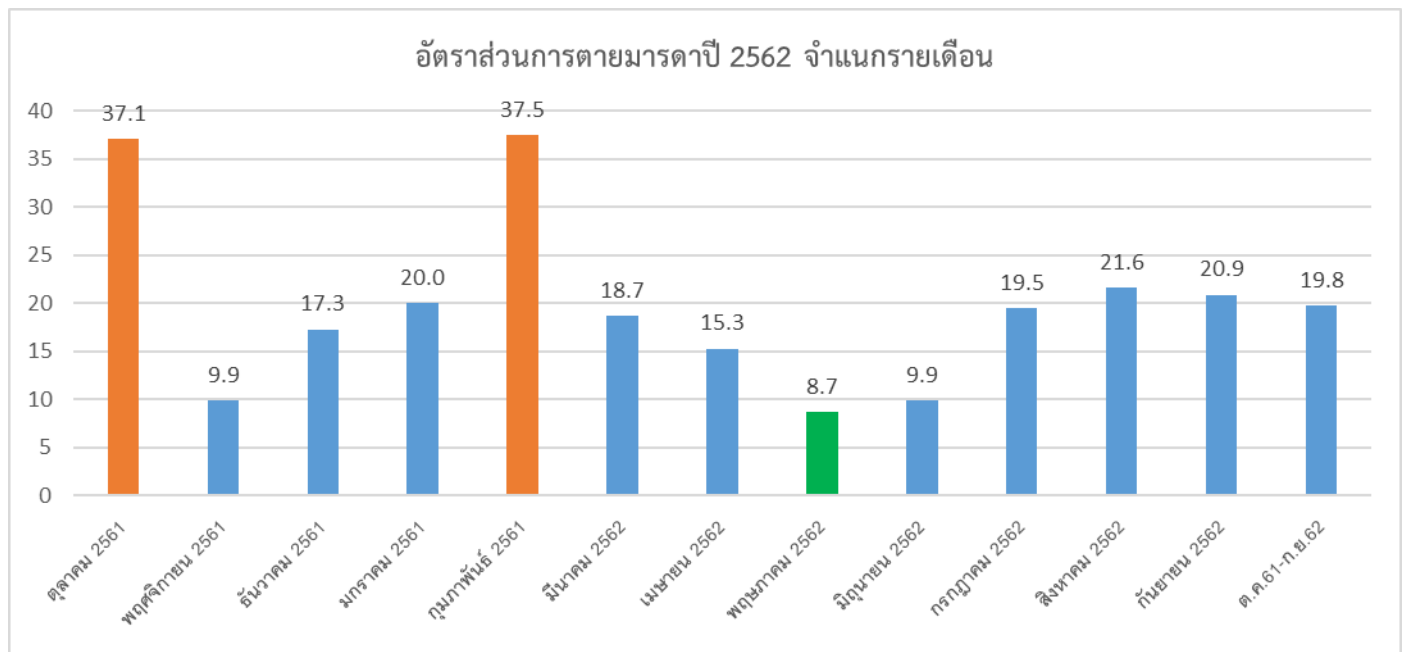
ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

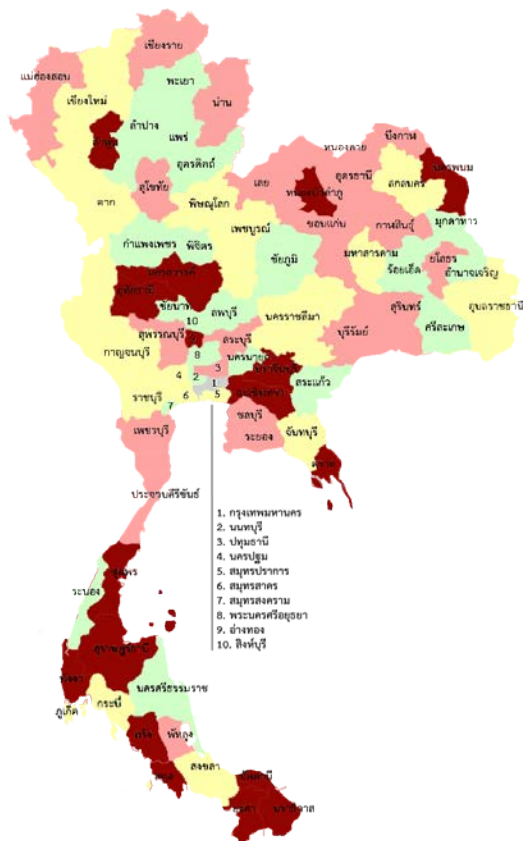
เมื่อนำข้อมูลผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดา จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดาสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยในช่วงเวลาเดียวกันของปีงบประมาณ 2561 เปรียบเทียบกับ ปี 2562 ตามรายเขตบริการสุขภาพ พบว่าในปีงบประมาณ 2562 เขตบริการสุขภาพที่ 1 2 4 5 7 และ 10 มีอัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด แต่มีเพียงเขตบริการสุขภาพที่ 2 4 และ 10 ที่สามารถลดอัตรา การตายมารดาลงจากปีที่ผ่านมาได้



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

จากข้อมูลการตายมารดาที่สามารถบันทึกและรวบรวมได้จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา รายเดือนจำนวนทั้งสิ้น 113 ราย ในปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 - กันยายน 2562) พบว่าในเดือนกุมภาพันธ์ 2562 เพียงเดือนเดียว อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 39.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งถือว่ามีย่ออัตราส่วนการตายมารดาสูงสุดในปีงบประมาณ 2562 รองลงมาได้แก่เดือน ตุลาคม 2561 มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 38.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และเดือนที่มีอัตราส่วนการตายมารดาน้อยที่สุดได้แก่เดือน พฤษภาคม เท่ากับ 8.7 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน





อัตราการตายมารดารายจังหวัด ปีงบประมาณ 2562

จำนวนมารดาตาย = 113

MMR = 20.34

	รายการ	จำนวนจังหวัด
	MMR > 30	18
	MMR 18 - 30	21
	MMR 1 - 17	17
	MMR = 0	21

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่	16.5	ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี	11.0	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น	16.5	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช	19.9
จังหวัดเชียงใหม่	11.1	จังหวัดนนทบุรี	0.0	จังหวัดขอนแก่น	19.5	จังหวัดนครศรีธรรมราช	0.0
จังหวัดลำพูน	36.0	จังหวัดปทุมธานี	19.0	จังหวัดมหาสารคาม	16.8	จังหวัดกระบี่	16.4
จังหวัดลำปาง	0.0	จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	0.0	จังหวัดร้อยเอ็ด	0.0	จังหวัดพังงา	97.8
จังหวัดแพร่	0.0	จังหวัดอ่างทอง	52.8	จังหวัดกาฬสินธุ์	30.3	จังหวัดภูเก็ต	13.3
จังหวัดน่าน	31.0	จังหวัดลพบุรี	0.0	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี	24.6	จังหวัดสุราษฎร์ธานี	31.8
จังหวัดพะเยา	0.0	จังหวัดสิงห์บุรี	0.0	จังหวัดบึงกาฬ	28.6	จังหวัดระนอง	0.0
จังหวัดเชียงราย	27.0	จังหวัดสระบุรี	30.4	จังหวัดหนองบัวลำภู	51.8	จังหวัดชุมพร	40.5
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	25.3	จังหวัดนครนายก	0.0	จังหวัดอุดรธานี	22.9	ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา	41.9
ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก	12.5	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี	16.4	จังหวัดเลย	18.5	จังหวัดสงขลา	5.7
จังหวัดอุตรดิตถ์	0.0	จังหวัดราชบุรี	12.0	จังหวัดหนองคาย	24.9	จังหวัดสตูล	81.3
จังหวัดตาก	8.3	จังหวัดกาญจนบุรี	13.1	จังหวัดสกลนคร	10.2	จังหวัดตรัง	32.8
จังหวัดสุโขทัย	29.2	จังหวัดสุพรรณบุรี	28.8	จังหวัดนครพนม	39.3	จังหวัดพัทลุง	25.1
จังหวัดพิษณุโลก	13.7	จังหวัดนครปฐม	13.5	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	17.1	จังหวัดปัตตานี	84.0
จังหวัดเพชรบูรณ์	15.0	จังหวัดสมุทรสาคร	11.9	จังหวัดนครราชสีมา	13.7	จังหวัดยะลา	47.9
ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์	25.4	จังหวัดสมุทรสงคราม	0.0	จังหวัดบุรีรัมย์	24.6	จังหวัดนราธิวาส	50.3
จังหวัดชัยนาท	0.0	จังหวัดเพชรบุรี	26.7	จังหวัดสุรินทร์	28.3	รวมเขต	20.3
จังหวัดนครสวรรค์	54.4	จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	18.2	จังหวัดชัยภูมิ	0.0		
จังหวัดอุทัยธานี	40.8	ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี	23.9	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี	5.4		
จังหวัดกำแพงเพชร	0.0	จังหวัดสมุทรปราการ	7.8	จังหวัดศรีสะเกษ	0.0		
จังหวัดพิจิตร	0.0	จังหวัดชลบุรี	28.2	จังหวัดอุบลราชธานี	5.9		
		จังหวัดระยอง	22.6	จังหวัดยโสธร	29.1		
		จังหวัดจันทบุรี	17.4	จังหวัดอำนาจเจริญ	0.0		
		จังหวัดตราด	44.7	จังหวัดมุกดาหาร	0.0		
		จังหวัดฉะเชิงเทรา	43.6				
		จังหวัดปราจีนบุรี	38.1				
		จังหวัดสระแก้ว	0.0				

ที่มา : อัตราส่วนการตายมารดาไทยรายจังหวัดปีงบประมาณ 2562 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

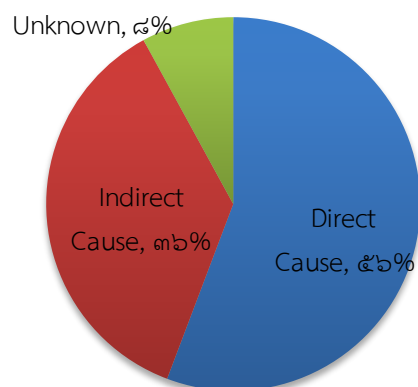
Determinant

ปัจจัยสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดการตายมารดา

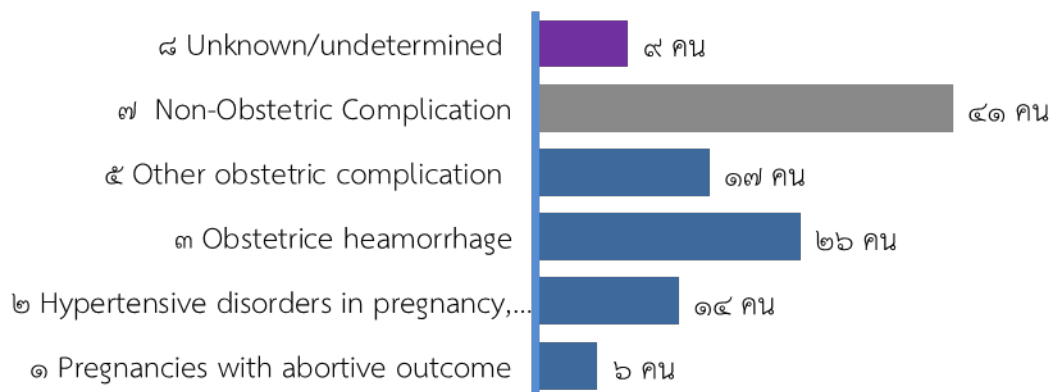
สาเหตุการตายมารดา

ผลจากการศึกษาและวิเคราะห์การวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดาปีงบประมาณ 2562 (ต.ค.61-ก.ย.62) พบว่ามีมารดาตายจำนวน 113 ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 20.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สาเหตุการตายของมารดาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562 มารดาเสียชีวิตจากสาเหตุทางตรงร้อยละ 56 และจากสาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 36 นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นการตายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุ ร้อยละ 8 จากการวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตายมารดารายบุคคลพบว่าการตายหลักมาจากสาเหตุทางตรง (Direct Cause) ยังคงเป็นสาเหตุจากการตกเลือด (กลุ่มที่ 3 Obstetric heamorrhage) จำนวน 26 ราย รองลงมาได้แก่ ความดันโลหิตสูง (กลุ่มที่ 2 Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium) จำนวน 14 ราย และพบมารดาเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จำนวน 5 ราย Amniotic fluid embolism จำนวน 4 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) โดยสาเหตุที่พบมากที่สุด จากการติดเชื้อ จำนวน 8 ราย ในจำนวนนี้เกิดจากไข้หวัดใหญ่ 2 ราย สาเหตุรองลงมาคือโรคหัวใจ จำนวน 7 ราย โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ราย

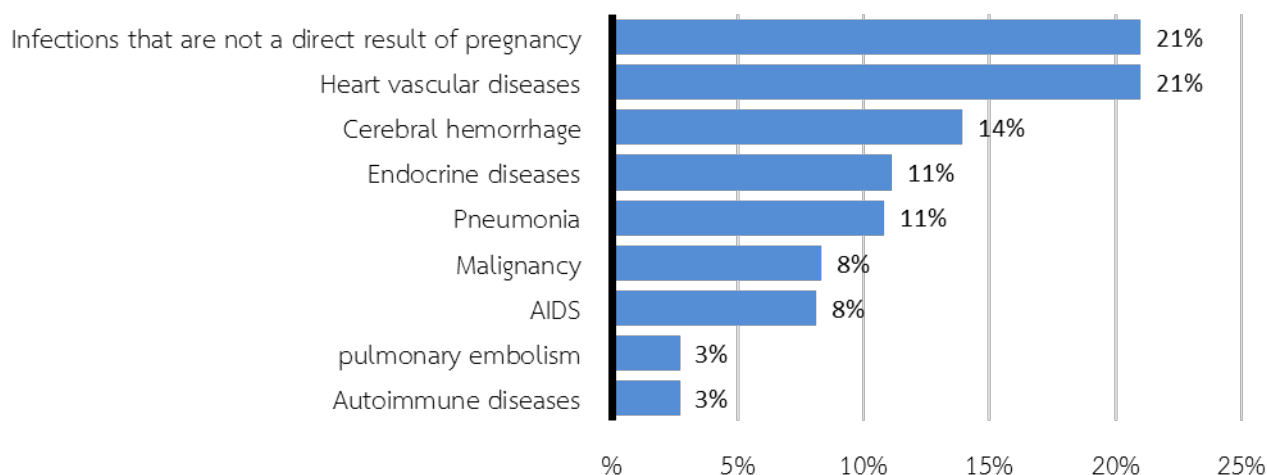
ร้อยละสาเหตุการตายมารดาทางตรง ทางอ้อม



จำนวนมารดาตายจำแนกตาม ICD-MM : WHO



ร้อยละสาเหตุการตายมารดาทางอ้อมตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

จากการรายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดา ข้างต้นได้สะท้อนถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาในแต่ละพื้นที่ มีการคืนข้อมูลสถานการณ์และรายงานผลการดำเนินงานเชิงรุกให้แก่หน่วยงานได้รับรู้เพื่อการนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดทิศทางการวางแผนเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ตลอดจนการกำหนดนโยบายและมาตรการ พร้อมทั้งวางแผนเพื่อบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้การป้องกันและลดการตายมารดาจำเป็นต้องมีการทบทวนสาเหตุการตายมารดาเพื่อวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นตามบริบทของพื้นที่ เน้นการจัดการรายบุคคลโดยเฉพาะระบบคัดกรองภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม โรคทางอายุรกรรม และทบทวนระบบการดูแลรักษา พร้อมทั้งนำเสนอผลการเฝ้าระวังให้กับผู้บริหารกรมอนามัยทุกเดือน เพื่อรับรู้ รับทราบ และบริหารจัดการ ก่อให้เกิดการเรียนรู้สู่การปฏิบัติและพัฒนา อันนำไปสู่การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และให้การสนับสนุนตามภารกิจของกรมอนามัย

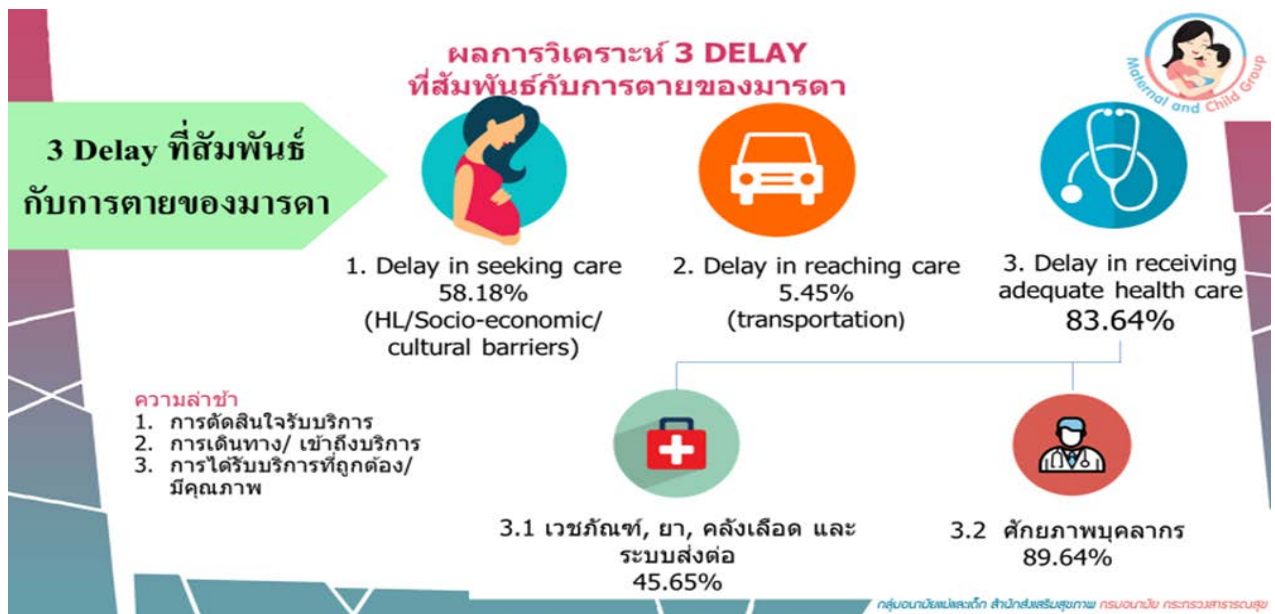
นอกจากนี้ยังพบปัจจัยสัมพันธ์ด้านอื่นๆของก่อให้เกิดการตายมารดา คือ ความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว จากการศึกษาข้อมูลการตายมารดารายบุคคลในปีงบประมาณ 2562 พบว่าการตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์ล่าช้าถึงร้อยละ 58.1 ความล่าช้าดังกล่าวเกิดจากการเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์เลย อันเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ คิดว่าการตั้งครรภ์ไม่ใช่ความเสี่ยงด้านสุขภาพ ครอบครัวสามีไม่ตระหนักที่จะช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการ นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านการเดินทางเพื่อมารับบริการ ร้อยละ 5.4 ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการเดินทาง อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี เป็นต้น การเก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดาอาจจะมีตัวแปรที่สำคัญบางตัวขาดหายไป ปัจจุบันกรมอนามัยยังมีการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง มีการวิเคราะห์สถานการณ์ และนำเสนอในเวทีผู้บริหารทุกเดือน และได้มีการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังการตายมารดาเพิ่มเติมในปี 2563 อันจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการพัฒนาต่อไป

ส่วนที่ 3 Supply

จากการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดาในพื้นที่พบว่า

1. ปัจจัยสัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ ปัญหา 3 Delay

- พบการตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay in seeking care) ร้อยละ 58.1 เช่นเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์เลย อันเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ
- การเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ 5.4 ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการเดินทาง อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี (transportation)
- การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ร้อยละ 83.6 ดังนี้
 - a. ร้อยละ 89.4 เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่
 - b. 45.6 เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำทดแทน ที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตรวจเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว



(จากการสรุปวิเคราะห์การตายรายบุคคลทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา : สรุปผู้เชี่ยวชาญ)

2. การสนับสนุนทางเทคโนโลยี

- ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- โปรแกรมคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ save mom/ CE Online

3. การเงิน/งบประมาณ/ทุน

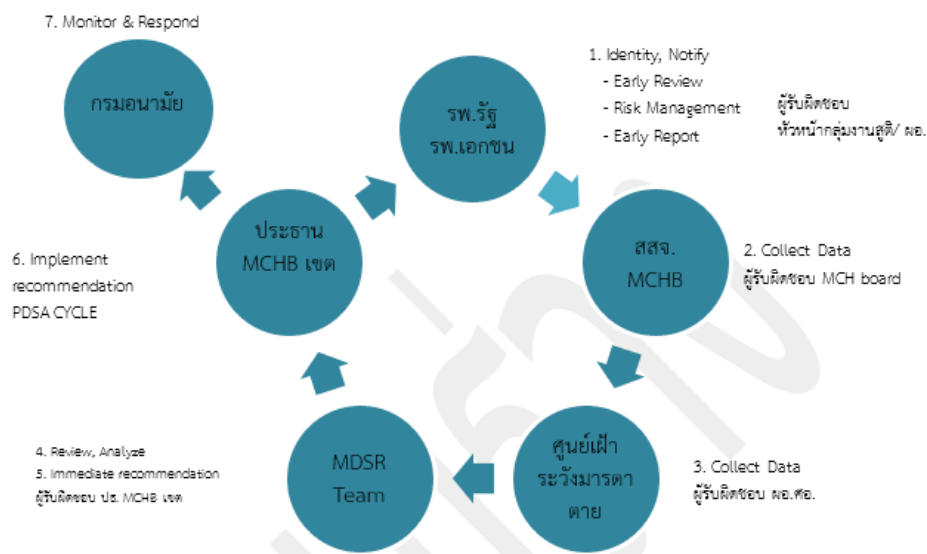
โครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต

- ขั้วเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อสร้างแม่ลูกคุณภาพ
งบประมาณ ส่วนกลาง 7,691,600 บาท
ภูมิภาค 19,740,000 บาท

4. ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย

ระบบเฝ้าระวังมารดาตายสำหรับประเทศไทย

ผังขั้นตอนปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (Flow Chart of MDSR System)



ขั้นตอนการปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR : Maternal Death Surveillance and Response)

เมื่อเกิดมารดาตาย ให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย

- แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง
- ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง(Risk Management)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> แก่กรมอนามัย ภายใน 30 วัน

5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

- วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวม และรายงานแก่คณะกรรมการมารดาและทารกปริกำเนิด ทุก 3 เดือน
- จัดทำรายงานประจำปี และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง

ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตาย

ที่ตั้ง : ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12

ผู้อำนวยการ : ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 - 12

เลขานุการ : นักวิชาการผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งเป็นเลขาคณะทำงานทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา
บทบาทหน้าที่

1. ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย
2. จัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา
3. ส่งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้น ให้แก่กรมอนามัย ภายใน 24 ชั่วโมง และรายงานผลการทบทวนและวิเคราะห์ สาเหตุการตายมารดา (CE-62) ภายใน 30 วัน ผ่าน <http://savemom.anamai.moph.go.th>
4. สนับสนุนคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดดำเนินงาน การเฝ้าระวังมารดาตายและการจัดการความเสี่ยงมารดาเชิงรุก (save mom)

5. บุคลากร

ศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่

6. ระบบกำกับติดตามดูแล

- ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- CE Online
- นิเทศติดตาม/เยี่ยมเสริมพลัง กรมอนามัย ตรวจราชการ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ข้อเสนอ	เสนอใคร/มาตรการ	ขอบเขต
1. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยงโดยการสื่อสารสร้างความตระหนักรู้ของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ส่งเสริมการฝากท้องเร็ว / สร้างกระแสสังคมการดำเนินงานผ่านโปรแกรม 9 อย่างเพื่อสร้างลูก / ยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของภาคประชาชน	ผู้บริหาร สนับสนุนและผลักดันโครงการ 9 อย่างเพื่อสร้างลูก/โปรแกรมคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ save mom / สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ภูมิภาค/หน่วยบริการทุกระดับ ส่งเสริมการฝากท้องเร็ว / สร้างกระแสสังคมการดำเนินงาน โครงการ 9 อย่างเพื่อสร้างลูก/โปรแกรมคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ save mom / ยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของภาคประชาชนผ่านสื่อสารมวลชนท้องถิ่น , โรงเรียนพ่อแม่ , ผู้นำชุมชน	
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร อบรม/ฝึกซ้อมสถานการณ์ทางสูติกรรมอย่างน้อยปีละครั้งโดย	- สร้างความรู้ภาวะแทรกซ้อน/โรค ที่เสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และวิธีปฏิบัติตัวแก่ภาคประชาชน - อบรมและฝึกซ้อมการช่วยชีวิตเมื่อเกิดภาวะวิกฤติ (CPR) ฝึกซ้อมเมื่อเกิดภาวะวิกฤติทางสูติกรรมแบบบูรณาการทั้งระบบเน้นภาวะตกเลือดและความดันโลหิตสูง	
3. พัฒนาระบบบริการ — คลินิกฝากครรภ์คุณภาพ แก้ไขภาวะซีด โภชนาการ น้ำหนักทารก การติดเชื้อ — ห้องคลอดคุณภาพ Standing Order, ลดการตายมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ PPH, PIH , ระบบส่งต่อ On time refer, ทีมช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤติทางสูติกรรมตลอด 24 ชม. ready team	1. ส่วนกลางเสนอ มาตรการเร่งด่วน - การคัดกรองความเสี่ยง/โรคอายุรกรรม ในหญิงตั้งครรภ์ - ลดการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือดและความดันโลหิตสูง - ควบคุมกำกับติดตามคลังยา คลังเลือดให้เป็นไปตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก 2. ส่วนภูมิภาค - ผลักดันให้เกิดการพัฒนาแบบคัดกรองและเฝ้าระวังหญิงวัยเจริญพันธุ์/หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคเรื้อรังและโรคทางอายุรกรรมอย่างมี	

	คุณภาพ ร่วมกับสหวิชาชีพ ภายในพื้นที่ - การกำกับติดตาม ประเมิน และรับรองมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กอย่างเข้มข้น	
4. พัฒนาเครือข่ายและระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด Zoning & Network — จัด Zoning เพื่อการดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless) จัด High Risk Pregnancy fast track โดยการกำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อการส่งพบแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า — สร้างเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด Provincial network — ระบบ Coaching แบบพี่ดูแลน้อง — มีระบบการส่งต่อ Fast tract ในการส่งต่อมารดาที่มีภาวะเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน ทางสูติกรรมได้อย่างปลอดภัย ในการส่งมารดาที่มีภาวะเสี่ยง เช่น PPH PIH (กำหนดเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษรร่วมกันระหว่าง รพช และโรงพยาบาลแม่ข่าย)	ส่วนกลางเสนอ - ผลักดัน ชี้แจง นโยบาย One province One MCH team (Provincial Network) ภูมิภาคหน่วยบริการ - ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไก MCH Board นโยบาย One province One MCH team (Provincial Network) พัฒนาระบบ High risk pregnancy fast tract ระดับจังหวัด	
5. พัฒนาระบบรายงานเฝ้าระวังมารดาตายที่มีประสิทธิภาพ	- ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา - ระบบรายงานการตายมารดา Online (CE-online) - ปรับเปลี่ยนการรายงานและสรุปสาเหตุการตายตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลก (The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD-MM)	

6. ระบบบริหารจัดการทรัพยากร	- พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน ในด้านบุคลากรทรัพยากรและการบริหารจัดการเพื่อลดการตายมารดา - สร้างระบบการดูแลแบบสหวิชาชีพ ระหว่างสูติแพทย์และอายุรแพทย์ เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน แบบ Case Management ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด - การบริหารจัดการ Node เพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างชัดเจน มีแนวทางการส่งต่อที่ยึดถือ ยึดมั่น ยึดปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีระบบทั้งเขต	
-----------------------------	--	--

แหล่งข้อมูล

1. ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
2. Compare some SDGs Goal among ASEAN Countries in the year 2015 : ASEAN Secretariat
3. Estimate of maternal mortality ratio by statistic modeling WHO UNICEF World bank UN
4. ICD MM WHO
5. สถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข