

แบบฟอร์มการส่ง best practice : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา

๑. ชื่อเรื่อง “ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา”

๒. หน่วยงาน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

๓. ความเป็นมา/ความสำคัญของปัญหา

การตายของมารดามีผลกระทบต่อการพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal mortality ratio, MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ประเทศต่างๆทั่วโลกต่างก็ตระหนักถึงความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีและมารดา จุดเริ่มต้นของการวัดผลการวัดการตายมารดาเกิดขึ้นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2530 มีการประชุมสัมมนาลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย (Safe Motherhood) ณ เมืองไนโรบี ประเทศเคนยา ได้ก่อให้เกิดการเริ่มต้นดำเนินงานในเรื่องลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยซึ่งนำไปสู่กิจกรรมในระดับนานาชาติเพื่อลดการตายของมารดาให้ได้ครึ่งหนึ่งของอัตราในปี พ.ศ. 2533 ภายในปี พ.ศ. 2543 อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามเป้าหมายดังกล่าวมีปัญหาสองประการคือการวัดหรือคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดาทำได้ยาก และ ประเทศต่างๆ ไม่มีตัวเลขข้อมูลพื้นฐานที่ดีของการคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดา สำหรับประเทศไทยข้อมูลสถิติชีพที่มีอยู่ก็มีปัญหาความครบถ้วนของข้อมูลและการวินิจฉัยสาเหตุการตายเช่นเดียวกับต่างประเทศ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาด้านข้อมูล สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จึงได้ดำเนินการศึกษา “การตายมารดาของประเทศไทยโดยใช้วิธีการ RAMOS” ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าในปี พ.ศ. 2547, และ 2549 อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนเท่ากับ 44.5, และ 41.6 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการใช้วิธีการ RAMOS เป็นผลให้ได้ทราบขนาดของปัญหาที่แท้จริง

แต่อย่างไรก็ตามวิธีการ RAMOS เป็นงานที่ต้องใช้เวลา, มีความซับซ้อนในการดำเนินการ และมีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการนำไปใช้ในระดับประเทศ ด้วยเหตุนี้สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จึงได้คิดหาวิธีอื่นๆ ที่สามารถ คาดประมาณการตายมารดาได้ถูกต้องครอบคลุมขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาค่าความยุ่งยากซับซ้อนและลดต้นทุน ในการดำเนินงาน โดยในปี พ.ศ. 2556 สำนักส่งเสริมสุขภาพ โดยความร่วมมือด้านข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ : สนย.) ได้ทำการเก็บข้อมูลการตายมารดาจากหลายแหล่งข้อมูล อันได้แก่ ข้อมูลการตายจากกระทรวงมหาดไทย ข้อมูลการรักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลและการดูแลการตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด จากสำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง อัตราส่วนการตายมารดาใช้การคาดประมาณจากการลงทะเบียนเกิดและการลงทะเบียนตายมาใช้ในการวิเคราะห์ผล ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าในปี พ.ศ. 2556 และ 2559 อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนเท่ากับ 31.2 และ 26.6 ตามลำดับ

เพื่อเป็นการติดตามสถานการณ์การตายมารดาอย่างต่อเนื่อง และรายงานข้อมูลการตายมารดาที่ทันห่วงที่ ในปี พ.ศ. 2560 สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย ได้จัดทำระบบกำกับติดตามสถานการณ์การตายมารดารายเดือนขึ้น เพื่อใช้ในการกำกับติดตามการดำเนินงานที่ทันต่อสถานการณ์และมีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อการเฝ้าระวังสถานการณ์ได้อย่างทันเวลาเพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ขึ้นและดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

๔. วัตถุประสงค์

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

๕. วิธีดำเนินการ/ขั้นตอนการดำเนินการ

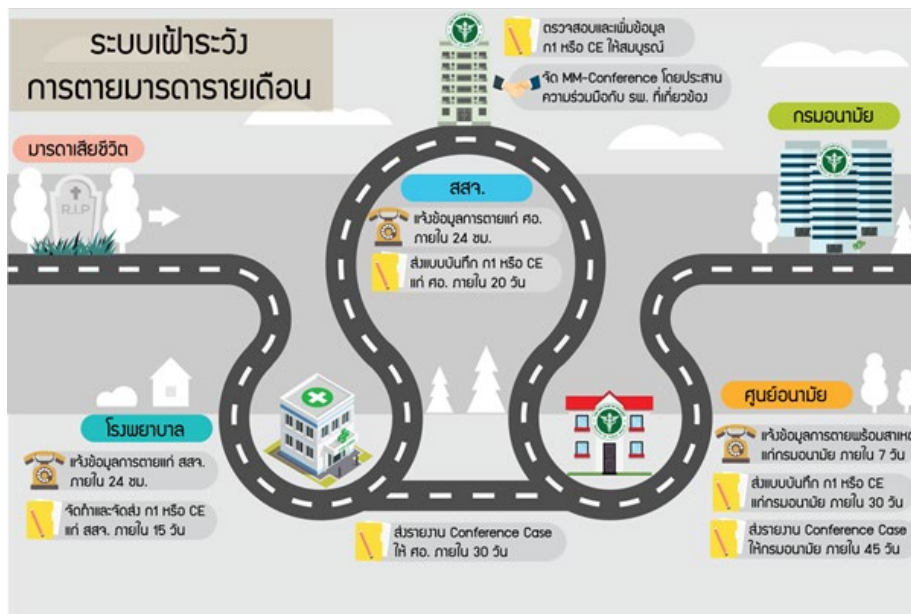
การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดาเป็นสิ่งที่ท้าทาย เนื่องจากจะต้องคำนึงถึงความถูกต้อง ครบถ้วน และคำแม่นยำของข้อมูล นอกจากนี้ต้องคุ้มค่า คุ้มทุน และลดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน โดยต้องมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการจัดทำรายงานด้วยวิธี RAMOS แต่ประสิทธิภาพของข้อมูลต้องไม่ต่างกันมากนัก อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

วิธีดำเนินการ

1. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์รูปแบบการได้มาของข้อมูลด้วยวิธีต่างๆในประเทศที่ผ่านมา เช่นการทำ RAMOS, การศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพ และความเป็นธรรมทางสุขภาพ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย:TDR1 2558, สถานการณ์การตายมารดาและทารกในประเทศไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2554 เป็นต้น
2. จัดทำระบบ
3. ใช้ระบบ
4. ปรับปรุงพัฒนาระบบ

ขั้นตอนการดำเนินการของระบบ

ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (2560)



พัฒนาครั้งที่ 1 ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (2560)

1. โรงพยาบาลที่มีมารดาเสียชีวิต (โรงพยาบาลต้นทางและปลายทาง)
 - แจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทางโทรศัพท์ภายใน 24 ชม.
 - จัดทำและจัดส่งแบบบันทึกข้อมูลการตายมารดา (ก1 หรือ CE) แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน 15 วัน
 - ส่งรายงานการสอบสวนการตายมารดา (รายงานการ Conference Case) ให้ศูนย์อนามัยภายใน 30 วัน

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (เลขา MCH Board จังหวัด)

- แจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่ศูนย์อนามัยทางโทรศัพท์ภายใน 24 ชม.
- ตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลการตายมารดา (ก1 หรือ CE) ให้สมบูรณ์
- ส่งแบบบันทึกข้อมูลการตายมารดา (ก1 หรือ CE) แก่ศูนย์อนามัยภายใน 20 วัน
- จัด MM - Conference โดยประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลทุกแห่งที่เกี่ยวข้อง

3. ศูนย์อนามัย

- แจ้งข้อมูลการตายมารดา พร้อมสาเหตุการตายแก่กรมอนามัยภายใน 7 วัน
- ส่งแบบบันทึกข้อมูลการตายมารดา (ก1 หรือ CE) แก่กรมอนามัยภายใน 30 วัน
- ส่งรายงานการสอบสวนการตายมารดา (รายงานการ Conference Case) ให้กรมอนามัยภายใน 45 วัน

หมายเหตุ :

1. การแจ้งข้อมูลการตายเบื้องต้น ต้องแจ้งทันทีภายใน 24 ชม.
2. ระยะเวลาการส่งรายงานสามารถปรับให้เข้ากับบริบทในพื้นที่และความยากง่ายของ case
3. แบบบันทึกข้อมูลการตายมารดา (ก1หรือ CE) และรายงานการสอบสวนการตายมารดา (รายงานการ Conference Case) ต้องส่งกรมอนามัยทุกราย

แบบบันทึกการตายมารดา CE-58

แบบรายงานการตายมารดา Confidential Equities-CE แบบ CE
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2558

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

1. ข้อมูลทั่วไป
ร.ด.บ. เจ้าหน้าที่ยกมา วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
เขต..... หมู่..... ต.

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์ ภาวะปกติ ภาวะผิดปกติ
ตั้งครรภ์ได้.....สัปดาห์.....สัปดาห์.....
จำนวนทารกในครรภ์.....คน.....คน.....
น้ำหนักของทารกขณะคลอด.....กิโลกรัม.....กิโลกรัม.....
เพศ.....ชาย.....คน.....คน.....
Apgar 1V.....

3. ข้อมูลการคลอด
• ภาวะคลอดโดยวิธี.....
• ภาวะคลอด.....
• ภาวะคลอด.....
• ภาวะคลอด.....

4. ข้อมูลการตายมารดา
• ภาวะการตายมารดา.....
• ภาวะการตายมารดา.....
• ภาวะการตายมารดา.....

5. การบันทึกบันทึกการตายมารดา
• ร.ด.บ. เจ้าหน้าที่ยกมา วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....
• สถานภาพหนังสือทะเบียนการ.....
• สถานภาพผู้มีชื่อหนังสือทะเบียนการ.....
• Case Refer มานอง
• เวลาของข้อมูล.....

6. สิ่งที่ควรพิจารณาตลอด

6.1 ความก้าวหน้าของการคลอด
• มีการใช้ Obstograph หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
- ระยะเวลาที่..... ชม. นาที.....
- ระยะเวลาที่..... ชม. นาที.....
- ระยะเวลาที่..... ชม. นาที.....
น้ำหนักทารก..... กิโลกรัม.....

6.2 ลักษณะสีของเยื่อคร่ำ
Apgar score ที่ 1 นาที = ที่ 5 นาที =

6.3 อาการผิดปกติของการคลอด
การชัก.....
6.4 ลักษณะการกดขี่ทารก.....
6.5 อาการของมารดาเมื่อคลอด.....

7. ความผิดปกติของมารดา

ภาวะแทรกซ้อน	ภาวะแทรกซ้อน	ภาวะแทรกซ้อน
<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/> เลือดแข็งตัว
<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน
<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคความดัน	<input type="checkbox"/> โรคเลือด
<input type="checkbox"/> โรคตับ	<input type="checkbox"/> ไข้หวัดใหญ่	<input type="checkbox"/> ภาวะครรภ์เป็นพิษ
<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์	<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง
<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคไต
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจขาดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง
<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจขาดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง
<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจขาดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง
<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจขาดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง
<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจขาดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง

สรุป สาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิต
1.....
2.....
3.....

8. ข้อมูล Intervention ที่ไม่ได้อยู่ในบันทึกการร่ำ อันเนื่องมาจากสิ่งที่จะมีเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง

Antenatal	Intrapartum	Postpartum	Other
<input type="checkbox"/> Evacuation	<input type="checkbox"/> Instrumental del.	<input type="checkbox"/> Evacuation	<input type="checkbox"/> Anaesthesia-GA
<input type="checkbox"/> Transfusion	<input type="checkbox"/> Symphysiotomy	<input type="checkbox"/> Laparotomy	<input type="checkbox"/> Epidural anaesthesia
<input type="checkbox"/> Laparotomy	<input type="checkbox"/> Caesarean section	<input type="checkbox"/> Hysterectomy	<input type="checkbox"/> Spinal anaesthesia
<input type="checkbox"/> Hysterectomy	<input type="checkbox"/> Hysterectomy	<input type="checkbox"/> Transfusion	<input type="checkbox"/> Local anaesthesia
<input type="checkbox"/> Version	<input type="checkbox"/> Transfusion	<input type="checkbox"/> Manual Removal	<input type="checkbox"/> Invasive Monitoring
<input type="checkbox"/> Other			<input type="checkbox"/> ICU ventilation

ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับ Intervention นี้ได้.....

9. ใบความถี่ของคณะกรรมการ MCH ของโรงพยาบาล มีข้อดีต่อไปนี้กี่ข้อหรือข้อใด

ระบบ	ข้อดี	ใช่	ไม่ใช่	เหตุผล.....โปรดระบุ
บุคลากรของหน่วย	ความถี่ขึ้นในการตัดสินใจเชิงนโยบาย			
(การตัดสินใจ)	การมีผู้เชี่ยวชาญหรือเจ้าหน้าที่			
ระบบส่งต่อและการสื่อสาร	ชัดเจนและจากกัน ไปสถานพยาบาล			
(กรณีอื่น)	ชัดเจนและระหว่างสถานพยาบาล			
การอำนวยความสะดวก	การสื่อสารระหว่างสถานบริการแล้ว			
บุคลากร	ชัดเจนอำนวยความสะดวก, อุปกรณ์และวัสดุ			
	บุคลากรขาดความเชี่ยวชาญ			
	ขาดผู้เชี่ยวชาญ			
	ขาดการฝึกอบรม			

ข้อมูลสำคัญในความถี่ข้างนี้.....

10. การทำชันสูตรศพ ได้ทำ ไม่ได้ทำ

11. สถาบันนี้เกี่ยวข้องกับนิติเวชหรือการชันสูตรศพที่เกี่ยวข้องหรือไม่

.....

12. การทดสอบที่ดำเนินการป้องกันโรคติดต่อ

ใช่ ไม่ใช่

13. ขั้นตอนแรกเพื่อการพัฒนา.....

.....

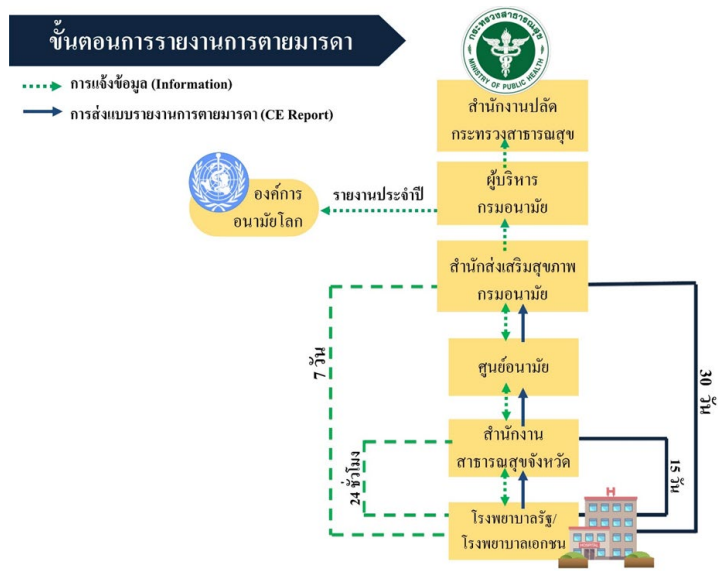
14. คณะกรรมการ MCH รหัส.....จังหวัด.....

(ชื่อ-สกุล)..... วันที่.....

15. ผู้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายงาน(ชื่อ-สกุล).....

(ชื่อ-สกุล)..... วันที่.....

ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (2562)



พัฒนาระบบที่ 2 ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (2562)

1. โรงพยาบาลที่มีมารดาเสียชีวิต (โรงพยาบาลต้นทางและปลายทาง)
 - แจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทางโทรศัพท์ภายใน 24 ชม.
 - จัดทำและจัดส่งแบบบันทึกข้อมูลการตายมารดา (CE-62) แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน 15 วัน

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (เลขา MCH Board จังหวัด)

- แจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่ศูนย์อนามัยทางโทรศัพท์ภายใน 24 ชม.
- ตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลการตายมารดา (CE-62) ให้สมบูรณ์
- ส่งแบบบันทึกข้อมูลการตายมารดา (CE-62) แก่ศูนย์อนามัย
- จัด MM - Conference โดยประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลทุกแห่งที่เกี่ยวข้อง

3. ศูนย์อนามัย

- แจ้งข้อมูลการตายมารดา พร้อมสาเหตุการตายแก่กรมอนามัยภายใน 7 วัน
- ส่งแบบบันทึกข้อมูลการตายมารดา (CE-62) และรายงานการสอบสวนการตายมารดาแก่ กรมอนามัยภายใน 30 วันหลังมารดาเสียชีวิต

หมายเหตุ :

1. การแจ้งข้อมูลการตายเบื้องต้น ต้องแจ้งทันทีภายใน 24 ชม.
2. ระยะเวลาการส่งรายงานสามารถปรับให้เข้ากับบริบทในพื้นที่และความยากง่ายของ case
3. แบบบันทึกข้อมูลการตายมารดา (CE-62) และรายงานการสอบสวนการตายมารดา (รายงานการ Conference Case) ต้องส่งกรมอนามัยทุกราย

แบบบันทึกการตายมารดา CE-62

แบบรายงานการตายมารดา Confidential Enquiries-CE

ชื่อสถานบริการ..... อำเภอ..... จังหวัด.....

วันที่เกิดเหตุ..... วันที่รายงาน..... เดือน..... พ.ศ.....

1. ข้อมูลทั่วไป
 ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ..... ปี
 สัญชาติ ไทย (เขียนชื่อไทยหรือชื่อเดิม (ชื่อตัวตัวอังกฤษ))
 ต่าง (ชื่อตัว กัณฑ์)
 ต่าง.....

อาชีพ..... อายุประจำการ.....
 เคยมีบุตร..... คนที่เสียชีวิต.....
 ชนิดเลือด.....

2. ข้อมูลทางการแพทย์ ฝากครรภ์ ไม่ฝากครรภ์
 ครั้งแรกคือ..... ครั้ง ต่อมา..... ครั้ง
 มีถิ่นพำนักหรือที่อยู่..... จังหวัด..... จำนวนหรืออายุการตั้งครรภ์..... ครั้ง
 มีประวัติของโรคหรืออาการอื่นใด..... ใกล้เคียง..... เจ็บป่วย
 มีประวัติของโรคหรืออาการอื่นใด..... ใกล้เคียง.....
 ยาที่ใช้..... ครั้ง..... ครั้ง..... Anti HIV.....
 ภาวะคลอด.....

3. ความเสี่ยงต่อการเกิด
 • ประวัติความผิดปกติของครรภ์.....
 • ประวัติการเลี้ยงดูของมารดา.....
 มี ไม่มี
 ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ผิดปกติ
 มีดาวน์ซินโดรม อื่น
 มีน้ำตาลในเลือดสูง Protein CS
 อื่นๆ ระบุ.....
 • ประวัติการได้รับยาหรือสารเคมีหรือรังสี.....

4. การรับหรือหลีกเลี่ยงบริการ
 • เวลาเข้ารับบริการ วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....
 • สถานพยาบาลที่มารับบริการ.....
 ฝากครรภ์ ฝากคลอด ฝากครรภ์
 ฝากครรภ์/ฝากคลอด ฝากคลอด/ฝากคลอด

- สถานพยาบาลผู้ให้บริการบริการ รัฐ (state) อื่นๆ ระบุ.....
 เสียชีวิตก่อนถึงสถานบริการ อื่นๆ ระบุ.....
- Case Refler | | นามสกุล | |

5. ข้อมูลทางการแพทย์
 A. ความก้าวหน้าของการคลอด
 • มีภาวะ Prolonged หรือไม่ ใช่ ไม่มี
 - ระยะที่ 1..... ชม..... นาที
 - ระยะที่ 2..... ชม..... นาที
 - ระยะที่ 3..... ชม..... นาที
 มีปัญหาเวลา..... ชั่วโมง

B. ข้อมูลการคลอด
 • ภาวะคลอดวิธีอื่น.....
 • ภาวะอื่น ภาวะอื่น ภาวะอื่น
 • ภาวะอื่น.....
 วัตถุประสงค์ ปกติ CS VB VB BVA
 คลอดก่อนกำหนด อื่นๆ.....

• ผู้ที่คลอด ขุนเขา ขุนเขา
 ฉุกเฉิน ฉุกเฉิน
 ฉุกเฉิน ฉุกเฉิน
 ฉุกเฉิน ฉุกเฉิน

• มีปัญหาการคลอด..... ชั่วโมง

C. ลักษณะอื่นที่เกี่ยวข้อง.....

• Apparent ที่ 1 นาที -..... ที่ 5 นาที -.....
 • ลักษณะของรกและสายสะดือ.....
 • การพยาบาลมารดา.....

6. สรุปสาเหตุที่ผู้เสียชีวิต (ยกเว้นสาเหตุอื่น) ระบุ ไม่ระบุ (ข้อ)

Group name	Potential causes of death
1. Pregnancies with abortive outcome	<input type="checkbox"/> Ectopic pregnancy <input type="checkbox"/> Failed antenatal care <input type="checkbox"/> Complication of abortion (Genital tract and pelvic infection, Excessive haemorrhage, Embolism, Renal failure, metabolic disorders, damage to pelvic organs)
2. Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium	<input type="checkbox"/> Pregnancy induced hypertension <input type="checkbox"/> Gestational hypertension <input type="checkbox"/> eclampsia

Group name	Potential causes of death
3. Obstetric haemorrhage	<input type="checkbox"/> Placenta abnorma <input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Abruptio placenta <input type="checkbox"/> Anisqurium haemorrhage <input type="checkbox"/> Intrapartum haemorrhage <input type="checkbox"/> Postpartum haemorrhage (Retained placenta, Uterine atony, Perineal lacerations) <input type="checkbox"/> Obstetric trauma (Rupture of uterus, Laceration of cervix, High vaginal laceration)
4. Pregnancy-related infection	<input type="checkbox"/> Chorioamnionitis <input type="checkbox"/> Puerperal infection <input type="checkbox"/> Infections of genitourinary tract
5. Other obstetric complications	<input type="checkbox"/> Venous complications - DVT <input type="checkbox"/> Liver diseases - Acute fatty liver <input type="checkbox"/> Puerperal cardiomyopathy <input type="checkbox"/> Intentional self-harm <input type="checkbox"/> Obstetric subdural (maternal) field infection, Primary subdural
6. Unanticipated complications of management	<input type="checkbox"/> Complications of anaesthesia (Aspiration pneumonia, Brain anoxia, High spinal block, Fetal or difficult intubation) <input type="checkbox"/> Complications of surgery (Lithotripsy, uterine, Perforation, Foreign body accidentally left) <input type="checkbox"/> Complications of medical care (Mismanaged blood used in transfusion, Excessive amount of fluid transfusion, Failure in dosage, Anaesthesia due to drug, In-coordination of necessary drug, substance)
7. Non-obstetric complications	<input type="checkbox"/> Heart vascular diseases <input type="checkbox"/> Cerebral haemorrhage <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Neoplasm <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Autoimmune diseases <input type="checkbox"/> Malignancy <input type="checkbox"/> Endocrine diseases <input type="checkbox"/> Infections that are not a direct result of pregnancy
8. Unknown/undetermined	<input type="checkbox"/> The underlying cause is unknown or was not determined
9. Coincidental causes	<input type="checkbox"/> External causes except intentional self-harm, Accidental, Assault) <input type="checkbox"/> Diseases not aggravated by the pregnancy

7. สรุปข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมารดา (Data related to maternal life)

Deatx	มีชีพ	ไม่	ไม่	ไม่	เหตุผล...
1. หญิงตั้งครรภ์หรือคลอดก่อนกำหนด (เสียชีวิต)	สาเหตุที่ใกล้เคียงกับสาเหตุของการเสียชีวิต				
2. มารดาที่คลอดแล้วหรือเสียชีวิต (เสียชีวิต)	สาเหตุที่ใกล้เคียงกับสาเหตุของการเสียชีวิต				

1. บุคลากรและสถานพยาบาล (คุณสมบัตินักเรียน)

ชื่อ	ชื่อสกุล	ชื่อจริง	ชื่อกลาง	ชื่อต่อ

2. สถานที่เกิด

3. อายุ

4. สถานะการสมรส

5. ระดับการศึกษา

6. สาขาวิชา

7. ปีที่เรียน

8. ชื่อของอาจารย์ที่ปรึกษา

9. ชื่อของคณะที่ปรึกษา

10. เลขที่บัตรประชาชน

11. ชื่อของโรงเรียนที่ปรึกษา

12. ชื่อของมหาวิทยาลัย

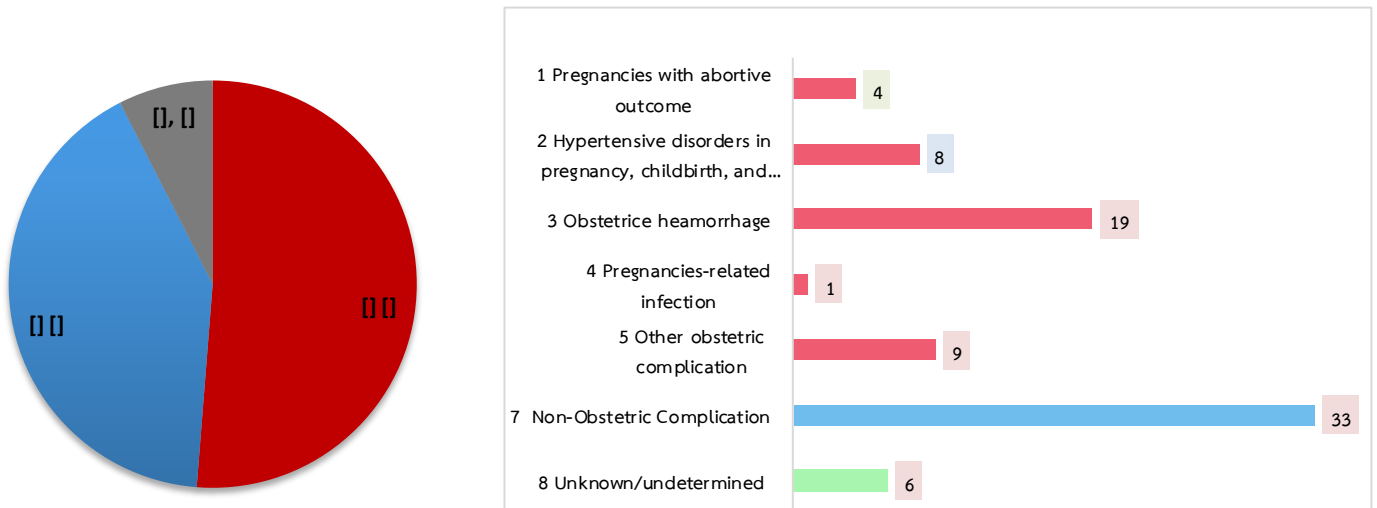
13. ชื่อของหน่วยงานที่ปรึกษา

14. ชื่อของหน่วยงานที่ปรึกษา

๖. ผลการดำเนินการที่เห็นเป็นรูปธรรม และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด

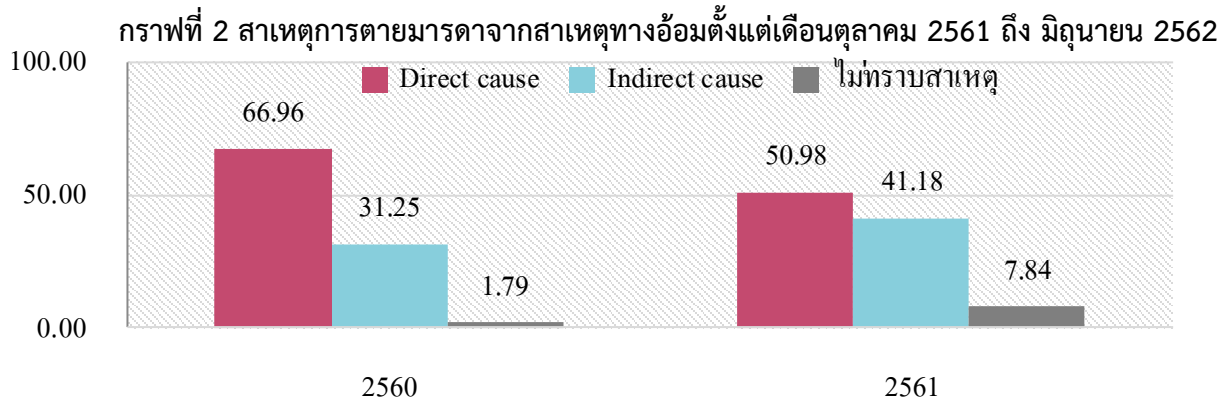
จากการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการตายมารดา กรมอนามัย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 กันยายน ในปี 2560 และ 2561 พบว่า มีมารดาตายจำนวนทั้งสิ้น 112 ราย และ 102 คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน เท่ากับ 18.4 และ 17.1 ตามลำดับ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ซึ่งเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน แสดงว่าการดำเนินงานในช่วงเวลาดังกล่าวผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาเป็นตามเป้าหมายตัวชี้วัดกระทรวงที่กำหนดไว้ และในปี 2562 หลังจากมีการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังการตายมารดาพบว่า ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 มิถุนายน 2562 พบมารดาตายจำนวน 80 ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน เท่ากับ 19.3 และสามารถจัดกลุ่มวิเคราะห์ตาม The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM ได้ดังนี้

กราฟที่ 1 สาเหตุการตายมารดาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึง มิถุนายน 2562

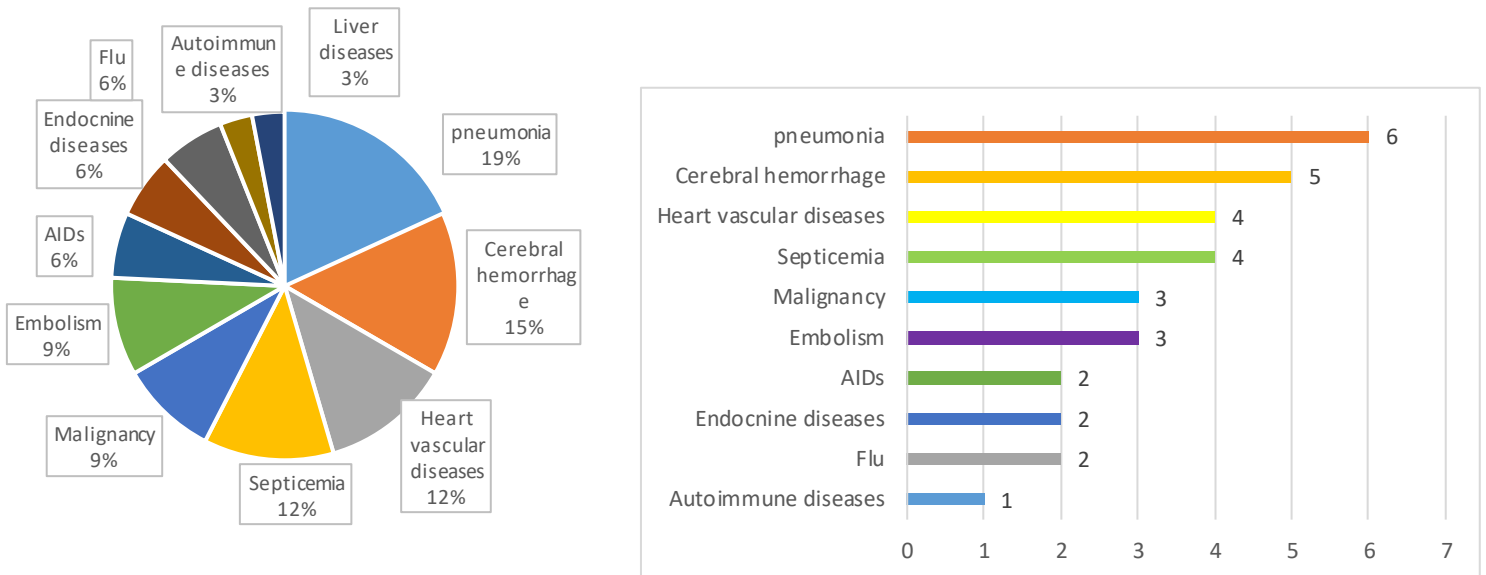


ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

จากผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการตายมารดารายเดือน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ปีงบประมาณ 2562 พบว่าสาเหตุการตายของมารดาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึง มิถุนายน 2562 มารดาเสียชีวิตจากสาเหตุทางตรงร้อยละ 51 และจากสาเหตุทางอ้อมร้อยละ 41 นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นการตายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ ร้อยละ 8 จากการวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตายมารดารายบุคคลพบว่า การตายหลักของมารดาจากสาเหตุทางตรง (Direct Cause) ยังคงเป็นสาเหตุจาก GROUP 3 Obstetric haemorrhage จำนวน 19 ราย รองลงมาได้แก่ Group 5 Other obstetric complications จำนวน 9 และ Group 2 Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium จำนวน 8 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) Group 7 Non-obstetric complications มีจำนวนการตายถึง 33 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ดังกราฟที่1)



กราฟที่ 3 สาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึง มิถุนายน 2562



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

เนื่องจากปีงบประมาณ 2560 – 2562 มีการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause Group 7 Non-obstetric complications : WHO) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากข้อมูลระบบเฝ้าระวังการตายมารดาสำนักส่งเสริมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2560 – 2562 พบว่า มีมารดาตายด้วยสาเหตุการตายทางอ้อมคิดเป็นร้อยละ 31.1, 41.2 และ 41.0 ตามลำดับ (ดังกราฟที่ 2) โดยในปี 2562 มีจำนวนการตายจากสาเหตุทางอ้อมถึง 33 ราย จากแนวโน้มการตายด้วยสาเหตุทางอ้อมที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักส่งเสริมสุขภาพ จึงนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์แบบรายบุคคลและพบว่าการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม 33 ราย ในปี งบประมาณ 2562 นั้น การตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม 3 อันดับแรก ได้แก่ pneumonia จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 19, Cerebral hemorrhage จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 และ Heart vascular diseases จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12 ของการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (ดังกราฟที่ 3)

สรุปการวิเคราะห์ปัญหาการตายมารดารายบุคคล

จากข้อมูลการตายมารดารายบุคคลที่ได้จากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา 2562

วิเคราะห์ผลการดำเนินงานเดือน ต.ค. 2561 – พ.ค. 2562



ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคล จากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดาทั้ง 5 กระบวนการ ทำให้สำนักส่งเสริมสุขภาพมีข้อมูลแบบละเอียด เพื่อนำมาวางแผนการดำเนินงานเชิงรุกที่ชัดเจนยิ่งขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคลพบว่า ปัญหาการตายมารดามีความสัมพันธ์ทางตรงกับปัญหา 3 Delay ได้แก่

- ๑ การตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay in seeking care) จากการวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดาพบว่ามารดาที่เสียชีวิตจากการตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้าถึงร้อยละ 58.18% มีการตัดสินใจเข้ามารับบริการล่าช้า เช่นเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์เลย อันเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เอง ส่วนหนึ่งมาจากไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการฝากครรภ์ กลัวขาดงาน ครอบครัวไม่สนับสนุนให้มาฝากครรภ์ ปัญหาความยากจน เป็นต้น (HL/Socio-economic/cultural barriers)
- ๒ การเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) จากการวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดาพบว่ามารดาที่เสียชีวิตจากการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ ถึงร้อยละ 5.45% ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการเดินทาง อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี (transportation)

๓ การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) จากการวิเคราะห์ข้อมูลการ ตายมารดาพบว่ามารดาที่เสียชีวิตจากการได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ ถึงร้อยละ 83.64% โดยความล่าช้าในส่วน ที่ 3 นี้ สามารถแบ่งสาเหตุหลักๆของความล่าช้าได้ 2 ระบบ ดังนี้

- ศักยภาพบุคลากรร้อยละ 89.64% บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด และจำเป็นต้องมีการอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างน้อยปีละครั้ง

และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานแบบรายเดือนพบว่า เดือนที่มีจำนวนมารดาตายสูงสุด ได้แก่เดือน ตุลาคมอาจจะเป็นเพราะเดือนตุลาคมเป็นช่วงเดือนที่มีการโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ ด้วยเหตุที่พยาบาลห้อง คลอดต้องรับผิดชอบสูงและมีภาระงานที่หนัก แต่ไม่ได้รับการพิจารณาผลงานจึงทำให้มีการขอย้ายงานบ่อย ทำให้ บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด โดยเฉพาะพยาบาลห้อง คลอดต้องมีศักยภาพในการคัดกรองความเสี่ยงและการประเมินสถานการณ์ความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจำเป็นต้องมี การอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างน้อยปีละครั้ง เช่นเดียวกับช่วงเดือนกรกฎาคม ซึ่งเป็นช่วงที่แพทย์จบใหม่ประมาณเดือน มิถุนายน - กรกฎาคมของปี จะมีการหมุนเวียนแพทย์จบใหม่ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จะพบปัญหาในเรื่อง ประสบการณ์ ทักษะในการดูแลรักษา การวินิจฉัยล่าช้าส่งผลให้การรักษาล่าช้า แพทย์จบใหม่ควรได้รับการฝึกปฏิบัติการ ดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ในภาวะฉุกเฉิน และหัตถการที่จำเป็นทางสูติกรรม ในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ก่อนลง ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และต้องมีการCoaching แพทย์จบใหม่ในช่วงแรกของการปฏิบัติงาน นอกจากนี้การ ตายมารดาอาจจะเกี่ยวเนื่องกับการระบาดของโรคในช่วงฤดูกาลต่างๆที่อาจจะมีผลต่อการเจ็บป่วยหรือสุขภาพของหญิง ตั้งครรภ์เช่นไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก ซึ่งข้อมูลเท่าที่มียังไม่สามารถอธิบายได้ถึงการระบาดของโรคในแต่ละช่วงเวลาใน ภาพรวม จะต้องมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการศึกษาในแต่ละพื้นที่

- เวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด และระบบส่งต่อร้อยละ 45.65% ซึ่งเกิดจากปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ความไม่พร้อมในการบริหารยารักษาภาวะตกเลือด Oxytocin, Ergometrine, Prostaglandin, Cytotec ที่เพียงพอและ พร้อมใช้งานให้ทันทั่วทั้งที่ ขาดระบบเลือดสำรองและสารน้ำที่เพียงพอพร้อมใช้งานทันทีเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน รวมทั้งการใช้ ฤกษ์ดวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว เมื่อการวินิจฉัยการตกเลือดไม่ แม่นยำและล่าช้าจึงก่อให้เกิดการส่งต่อที่ล่าช้าตามมาอีกด้วย

จุดอ่อนของระบบเฝ้าระวังการตายมารดา

1. ความครอบคลุมของข้อมูลซึ่งเป็นข้อจำกัดในการรวบรวมข้อมูล สำนักส่งเสริมสุขภาพยังไม่สามารถรวบรวม ข้อมูลจากโรงพยาบาลในสังกัดเขตกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้
2. การวินิจฉัยสาเหตุการตาย เนื่องจากเมื่อทบทวนสาเหตุการตายพบว่ยังมีการวินิจฉัยสาเหตุการตายไม่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้การวางแผนแก้ไขปัญหามีไม่ตรงกับสาเหตุที่แท้จริง

จุดแข็งของระบบเฝ้าระวังการตายมารดา

1. สามารถรายงานผลการตายมารดา และสาเหตุการตายมารดาในระดับสากลได้ตามมาตรฐานสากล และสามารถ เปรียบเทียบรายงานกับต่างประเทศได้ (The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM)
2. การรายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดา ได้สะท้อนถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาในแต่ละ พื้นที่ มีการเผยแพร่สถานการณ์และรายงานผลการดำเนินงานเชิงรุกให้แก่หน่วยงานได้รับรู้เพื่อการนำข้อมูลไปใช้

ในการกำหนดทิศทางการวางแผนเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ตลอดจนการกำหนดนโยบายและมาตรการ พร้อมทั้งวางแผนเพื่อบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. มีข้อมูลรายบุคคลในระดับพื้นที่เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นตามบริบทของพื้นที่ เน้นการจัดการรายบุคคลโดยเฉพาะระบบคัดกรอง ภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม โรคทางอายุรกรรม และทบทวนระบบการดูแลรักษาในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด
4. ผู้บริหารระดับกระทรวง กรมอนามัย กอง ที่เกี่ยวข้องได้รับรู้ รับทราบสถานการณ์การตายมารดาอย่างใกล้ชิดทุก เดือน และสั่งการเพื่อให้เกิดการเรียนรู้สู่การปฏิบัติและพัฒนา อันนำไปสู่การติดตามเยี่ยมเสริมพลังแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และให้การ สนับสนุนตามภารกิจของกรมอนามัย

๗. ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน

1. การสร้างความร่วมมือในการทำงานลดแม่ตายในเขตสุขภาพที่ 1-12 ร่วมกับศูนย์วิชาการต่างๆในระดับประเทศ ถือเป็น หัวใจหลักของการขับเคลื่อนงานในพื้นที่
2. การขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างจริงจังและเข้มแข็งจากผู้บริหารในระดับต่างๆ เพื่อผลักดันงานให้ประสบความสำเร็จ
3. ระบบที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้จริง ตรงประเด็น