

## ผลการวิเคราะห์ช่องว่างของระบบ

### ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ข้อเสนอแนะ และช่องว่างที่ต้องพัฒนา

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้จัดทำระบบเฝ้าระวังการตายมารดาในระดับประเทศขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เป็นต้น เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังและกำกับติดตามสถานการณ์การตายของมารดาไทยในพื้นที่ต่างๆ ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนทุกสังกัดทั่วประเทศ ทำให้กรมอนามัยทราบถึงสถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหาในแต่ละพื้นที่ได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที สามารถเร่งดำเนินงานเชิงรุกร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ได้อย่างตรงจุด และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดทิศทางการวางแผนเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ เจาะพื้นที่เพื่อแก้ปัญหารายเขต ออกแบบการดำเนินงานและมาตรการเชิงรุกตามบริบทของแต่ละเขตบริการสุขภาพ นอกจากนี้ กรมอนามัยยังสนับสนุนงบประมาณลงสู่พื้นที่ภายใต้การดำเนินกิจกรรมโครงการตั้งครรภ์คุณภาพเพื่อลดการเกิดรอดแม่ปลอดภัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เพื่อให้เครือข่ายมีการจัดการระบบเฝ้าระวังการตายมารดาและใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน โดยมีกิจกรรมในการดำเนินงานประกอบด้วย (๑) กำหนดมาตรการและนโยบายระดับภูมิภาคและประเทศ (๒) การสร้างความเข้าใจในการรายงานตามระบบเฝ้าระวังกับพื้นที่ (๓) การถ่ายทอดองค์ความรู้ แผนงานและ แนวทางการนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (๔) พัฒนาศักยภาพบุคลากร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ สรุบบทเรียน

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า การดำเนินงานผ่านระบบเฝ้าระวังอย่างเข้มแข็งและจริงจังโดยมีผู้บริหารระดับสูงคอยให้การช่วยเหลือ สนับสนุน สร้างแรงจูงใจตัวแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับและภาคีที่เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดี ทำให้การรายงานการตายมารดาเร็ว รวดเร็วและแม่นยำยิ่งขึ้น แต่ก็ยังพบปัญหาของระบบดังนี้

1. ความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนงานและความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ความเข้มแข็งของแต่ละภาคีเครือข่ายที่ไม่เท่ากัน จังหวัดที่มีเครือข่ายที่เข้มแข็งจะสามารถดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวังและลดการตายมารดาในพื้นที่ได้ดี
2. ขาดการถ่ายทอดขั้นตอนการดำเนินงานให้กับผู้รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง เช่นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานห้องคลอดของโรงพยาบาล /เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กมีการเปลี่ยนหน้าที่ ผู้รับงานใหม่ไม่ได้รับการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน/แนวทางการรายงาน ทำให้ไม่เข้าใจเนื้อหาและไม่เข้าใจระบบการรายงาน เกิดการรายงานล่าช้าหรือไม่รายงานตามขั้นตอนที่กำหนด
3. การแจ้งข่าวหรือการรายงานการตายมารดาในหลายแห่งยังไม่เป็นไปตาม time line ที่กำหนด ทำให้ไม่มีการแจ้งข่าวเหตุการณ์การตายมารดาโดยทันทีที่เกิดเหตุ
4. ขาดมาตรการที่หนักแน่นในการเรียกเก็บแบบรายงานการตายมารดา (CE-62)
5. การจัดทำรายงานการวิเคราะห์สาเหตุการตายรายบุคคล Conferece case ล่าช้าไม่เป็นไปตาม Time line หรือไม่มีการจัดทำแบบรายบุคคลทุกราย
6. ในรายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายที่แท้จริงได้ ไม่มีการชันสูตรเพื่อยืนยัน
7. ปัญหาการปกปิดข้อมูล การตายมารดาเป็นเรื่องที่อ่อนไหวต่อครอบครัวและสังคม ทำให้มีการปกปิดในเหตุการณ์ตายและ/หรือสาเหตุการตาย รวมถึงมีการโทษหรือตำหนิผู้ปฏิบัติงาน
8. ขาดข้อมูลการตายในบางพื้นที่เช่น โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งและ กทม.

จากปัญหาดังกล่าว สำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาในประเด็นข้างต้น จึงได้จัดประชุมเพื่อขอคำปรึกษา และความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อหาทางแก้ปัญหาและพัฒนากระบวนการดังกล่าว และหาทางพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา ให้มีรูปแบบและกลวิธีที่สามารถรายงานสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที สามารถส่งข้อมูลของหน่วยบริการและแสดงผลข้อมูลเข้าสู่ส่วนกลางในรูปแบบ web data base โดยแสดงผลข้อมูลผ่าน Web Browser บนหน้า DOH Dashboard และเพื่อขึ้นความลับเพื่อรักษาสิทธิของผู้เสียชีวิต

๑ พัฒนาศักยภาพ/กระบวนการการเฝ้าระวังการตายมารดาและระยะเวลาการจัดส่งรายงานการตายมารดา

**ระบบเพื่าระวังการตายมารดา รายเดือน**

**การตายมารดา เสียชีวิต**

**โรงพยาบาล**

- แจ้งข้อมูลการตายแก่ สสจ. ภายใน 24 ชม.
- จัดทำและจัดส่ง ก1 หรือ CE แก่ สสจ. ภายใน 15 วัน

**สสจ.**

- แจ้งข้อมูลการตายแก่ ศอ. ภายใน 24 ชม.
- ส่งแบบบันทึก ก1 หรือ CE แก่ ศอ. ภายใน 20 วัน

**กรมอนามัย**

- ตรวจสอบและเพิ่มข้อมูล ก1 หรือ CE ให้สมบูรณ์
- จัด MM-Conference โดยประสานความร่วมมือกับ รพ. ที่เกี่ยวข้อง

**ศูนย์อนามัย**

- แจ้งข้อมูลการตายพร้อมสาเหตุแก่ กรมอนามัย ภายใน 7 วัน
- ส่งแบบบันทึก ก1 หรือ CE แก่ กรมอนามัย ภายใน 30 วัน
- ส่งรายงาน Conference Case ให้ กรมอนามัย ภายใน 45 วัน

**สสจ.**

- ส่งรายงาน Conference Case ให้ ศอ. ภายใน 30 วัน

**ขั้นตอนการรายงานการตายมารดา**

.....➡ การแจ้งข้อมูล (Information)  
 ➡ การส่งแบบรายงานการตายมารดา (CE Report)

องค์การอนามัยโลก  
 รายงานประจำปี

กระทรวงสาธารณสุข  
 สำนักงานปลัด  
 ผู้บริหาร  
 กรมอนามัย  
 สำนักส่งเสริมสุขภาพ  
 กรมอนามัย  
 ศูนย์อนามัย  
 สำนักงาน  
 สาธารณสุขจังหวัด  
 โรงพยาบาลรัฐ/  
 โรงพยาบาลเอกชน

7 วัน  
 24 ชั่วโมง  
 15 วัน  
 30 วัน

### 1.3 ขั้นตอน/กระบวนการการเฝ้าระวังการตายมารดา

#### ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา

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

### 2. การได้มาซึ่งข้อมูล

- 2.1. รูปแบบการรายงาน
  - ผู้รายงาน : สสจ. ศอ. สำนักส่งเสริมสุขภาพ ผู้บริหาร (กรม/กระทรวง)
  - ผู้บันทึก/นำเข้าข้อมูล : สำนักส่งเสริมสุขภาพ
- 2.2. การรับส่งข้อมูลของส่วนกลาง
  - ศูนย์อนามัยรายงานการตายมารดาแก่ส่วนกลาง
- 2.3. รอบการตรวจสอบความถูกต้อง/พร้อมใช้ของการรายงานข้อมูล
  - ส่วนกลางรวบรวมข้อมูลและทบทวนข้อมูลกลับภายในสัปดาห์แรกของเดือน โดยยืนยันจำนวนและสาเหตุการตายรายบุคคล
  - บันทึกข้อมูลลงระบบ DOH Dashboard ภายในสัปดาห์ที่ 2 ของเดือน
  - นำเสนอข้อมูลในการประชุมผู้บริหารทุกวันอังคารที่ 3 ของเดือน
  - Up date ข้อมูลขึ้นระบบสำนักส่งเสริมสุขภาพหลังจากผู้บริหารพิจารณายืนยันข้อมูลเรียบร้อยแล้ว (ทุกวันอังคารที่ 3 ของเดือน)

3. แบบบันทึกข้อมูลการตายมารดา (CE-62)

แบบ CE

แบบรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries-CE

สำนักงานสาธารณสุขแห่ง

กรุงเทพมหานคร ๒๕๖๒

ชื่อสถานบริการ.....

ตำบล.....

อำเภอ.....

จังหวัด.....

วันที่รายงาน.....

เดือน.....

พ.ศ.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....

☐ ไทย (สำหรับคนไทย หรือคนที่เกิดใน ๓ ปีแรก แต่ไม่ระบุสัญชาติ)

☐ ต่างชาติ (ชาว ไทย จีน ญวน)

☐ อื่นๆ.....

อาชีพ.....

สถานที่อยู่ก่อน.....

สถานที่ปัจจุบัน.....

วันที่เสียชีวิต.....

อาการที่ขณะมารดาเสียชีวิต.....

2. ข้อมูลการฝากครรภ์

☐ ฝากครรภ์.....☐ ไม่ฝากครรภ์.....

ตั้งครรภ์ครั้งที่.....

คลอด.....ครั้ง.....

วันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก.....

วันที่คลอด.....

น้ำหนักก่อนคลอด.....

น้ำหนักหลังคลอด.....

น้ำหนักก่อนคลอด.....

น้ำหนักหลังคลอด.....

HBsAg.....ครั้งที่ 1.....ครั้งที่ 2.....Anti HIV.....

การคลอด.....

3. การวินิจฉัยขณะตั้งครรภ์

• ประวัติความผิดปกติของครรภ์.....

• ประวัติการเจ็บครรภ์ก่อนการคลอด.....

☐ มี.....☐ ไม่มี.....

☐ ความดันโลหิตสูง.....☐ ไขมันในเลือดสูง.....

☐ น้ำตาลในเลือดสูง.....☐ ชี้น.....

☐ เด็กน้ำหนักเกิน.....☐ Previous CS.....

☐ อื่นๆ.....

• ประวัติการเจ็บครรภ์ก่อนการคลอด.....

4. การรับแจ้งเหตุเป็นสถานบริการ

• ว.ด.ป. เข้ารับแจ้งเหตุ.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

• สถานพยาบาลที่แจ้งเหตุ.....

☐ เภสัช.....☐ ห้องคลอด.....☐ ฝากครรภ์.....

☐ เภสัช.....☐ พ.ศ.....☐ คลินิก.....

| Group name                                   | Potential causes of death                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Obstetric haemorrhage                     | <div><div><input type="checkbox"/> Placenta adherens.....<input type="checkbox"/> Placenta previa.....</div><div><div><input type="checkbox"/> Abruptio placentae.....<input type="checkbox"/> Antepartum haemorrhage.....</div><div><div><input type="checkbox"/> Intrapartum haemorrhage.....</div><div><div><input type="checkbox"/> Postpartum haemorrhage (Retained placenta, Uterine atony, Perineal laceration).....</div><div><div><input type="checkbox"/> Obstetric trauma (Rupture of uterus, Laceration of cervix, High vaginal laceration).....</div></div></div></div></div></div>                 |
| 4. Pregnancy-related infection               | <div><div><input type="checkbox"/> Chorioamnionitis.....<input type="checkbox"/> Puerperal infection.....</div><div><div><input type="checkbox"/> Infections of genitourinary tract.....</div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 5. Other obstetric complications             | <div><div><div><div><input type="checkbox"/> Venous complications : DVT.....<input type="checkbox"/> Liver disorders : Acute fatty liver.....</div><div><div><input type="checkbox"/> Postpartum cardiomyopathy.....<input type="checkbox"/> Intentional self-harm.....</div><div><div><input type="checkbox"/> Obstetric embolism (Amniotic fluid embolism, Pulmonary embolism).....</div></div></div></div></div></div>                                                                                                                                                                                        |
| 6. Unanticipated complications of management | <div><div><div><div><input type="checkbox"/> Complications of anaesthesia (Aspiration pneumonia, Brain anoxia, High spinal block, Failed or difficult intubation).....</div><div><div><input type="checkbox"/> Complications of surgery (Unintentional cut, Puncture, Perforation, Foreign body accidentally left).....</div><div><div><input type="checkbox"/> 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).....</div></div></div></div></div></div> |
| 7. Non-obstetric complications               | <div><div><div><div><input type="checkbox"/> Heart vascular diseases.....<input type="checkbox"/> Cerebral hemorrhage.....</div><div><div><input type="checkbox"/> Pneumonia.....<input type="checkbox"/> Neoplasm.....</div><div><div><input type="checkbox"/> AIDS.....<input type="checkbox"/> Autoimmune diseases.....</div><div><div><input type="checkbox"/> Malignancy.....<input type="checkbox"/> Endocrine diseases.....</div></div></div></div><div><div><input type="checkbox"/> Infections that are not a direct result of pregnancy.....</div></div></div></div></div>                             |
| 8. Unknown/undetermined                      | <div><div><input type="checkbox"/> The underlying cause is unknown or was not determined.....</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 9. Coincidental causes | ☐ External causes except intentional self-harm (Accidental, Assault).....  ☐ Diseases not aggravated by the pregnancy..... |

7. สาเหตุที่ทำให้มารดาเสียชีวิตเมื่อเวลา 3 Delays (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

| Delays                  | หัวข้อ                      | ใช่ | ไม่ใช่ | เหตุผล..... |
|-------------------------|-----------------------------|-----|--------|-------------|
| 1. พึ่งพิงความช่วยเหลือ | ความช่วยเหลือทางการแพทย์    |     |        |             |
| (การตัดสินใจ)           | การตัดสินใจทางการแพทย์      |     |        |             |
| 2. ระบบส่งต่อการสื่อสาร | การสื่อสารระหว่างสถานพยาบาล |     |        |             |
| (การวินิจฉัย)           | การสื่อสารระหว่างสถานพยาบาล |     |        |             |

• สถานพยาบาลที่ผู้ป้อนข้อมูลแจ้งเหตุ

☐ ฉุกเฉิน (Emergency).....☐ สถานพยาบาล.....

☐ ผู้ป่วยก่อนถึงสถานพยาบาล.....☐ อื่นๆ.....

• Case Refer.....

5. ข้อมูลการคลอดหรือการแท้ง

A ความก้าวหน้าของการคลอด

• มีการใช้ Paraglyph หรือไหม.....☐ ใช่.....☐ ไม่ใช่.....

- ระยะที่ 1.....ชม.....นาที.....

- ระยะที่ 2.....ชม.....นาที.....

- ระยะที่ 3.....ชม.....นาที.....

น้ำหนักแรกเกิด.....

สีปัสสาวะ.....

B ข้อมูลการคลอดหรือการแท้ง

• วันที่คลอดหรือแท้ง.....

• ภาวะแทรกซ้อน.....☐ แท้ง.....☐ แท้ง.....

• ภาวะแทรกซ้อน.....☐ แท้ง.....☐ แท้ง.....

วิธีคลอด.....

☐ ปกติ.....☐ CS.....☐ F/E.....☐ V/E.....☐ BBA.....

☐ คลอดก่อนกำหนด.....☐ อื่นๆ.....

• ผู้ที่คลอด.....

☐ สูติแพทย์.....☐ พยาบาล.....

☐ หมอสูติ.....☐ คลินิก.....

☐ แพทย์ใช้เข็ม.....☐ บุคลากรอื่นๆ ที่ผ่านการอบรม.....

☐ อื่นๆ.....

• น้ำหนักแรกเกิด.....กิโลกรัม.....

C ลักษณะเด็กเมื่อแรกคลอด.....

• Apgar score ที่ 1 นาที.....ที่ 5 นาที.....

• ลักษณะของมารดาเมื่อแรกคลอด.....

6. สาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิต (เลือกทั้งหมด 1 ข้อ)

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

3. บุคลากรและสถานพยาบาล (ผู้แจ้งเหตุ)

| บุคลากร               | สถานพยาบาล | ชื่อ | ตำแหน่ง | เบอร์โทรศัพท์ |
|-----------------------|------------|------|---------|---------------|
| บุคลากรทางการแพทย์    | สถานพยาบาล | ชื่อ | ตำแหน่ง | เบอร์โทรศัพท์ |
| บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ | สถานพยาบาล | ชื่อ | ตำแหน่ง | เบอร์โทรศัพท์ |
| บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ | สถานพยาบาล | ชื่อ | ตำแหน่ง | เบอร์โทรศัพท์ |

8. การแจ้งเหตุ

☐ ไม่แจ้ง.....

☐ แจ้ง.....

ผลการแจ้งเหตุ.....

9. ผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการเกิดเหตุ

☐ ใช่.....☐ ไม่ใช่.....

10. การตรวจร่างกายเมื่อถึงเหตุ

☐ ใช่.....☐ ไม่ใช่.....

11. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

☐ ใช่.....☐ ไม่ใช่.....

12. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

☐ ใช่.....☐ ไม่ใช่.....

13. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

☐ ใช่.....☐ ไม่ใช่.....

14. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

☐ ใช่.....☐ ไม่ใช่.....

#### 4. การประกาศใช้

[illegible][illegible][illegible]

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

“มีข้อมูลการตายมารดาแบบรายบุคคลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ครบถ้วน แม่นยำ จนนำไปสู่การวางแผน และกำหนดมาตรการที่ตรงประเด็นปัญหามากยิ่งขึ้น และสามารถทำให้อัตราส่วนการตายมารดาเป็นไปตามค่าเป้าหมายประเทศ”

## สรุปการวิเคราะห์ปัญหาการตายมารดารายบุคคล

จากข้อมูลการตายมารดารายบุคคลที่ได้จากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา

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

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคล จากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดาทั้ง 5 กระบวนการ ทำให้สำนักส่งเสริมสุขภาพมีข้อมูลแบบละเอียด เพื่อนำมาวางแผนการดำเนินงานเชิงรุกที่ชัดเจน

ยิ่งขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคลพบว่า ปัญหาการตายมารดามีความสัมพันธ์ทางตรงกับปัญหา 3 Delay ได้แก่

- ๑ การตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay in seeking care) จากการวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดาพบว่า มารดาที่เสียชีวิตจากการตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้าถึงร้อยละ 58.18% มีการตัดสินใจเข้ามารับบริการล่าช้า เช่นเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์เลย อันเนื่องมาจาก ขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เอง ส่วนหนึ่งมาจากไม่ตระหนักถึงความสำคัญ ในการฝากครรภ์ กลัวขาดงาน ครอบครัวไม่สนับสนุนให้มาฝากครรภ์ ปัญหาความยากจน เป็นต้น (HL/Socio-economic/cultural barriers)
- ๒ การเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) จากการวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดาพบว่า มารดาที่เสียชีวิตจากการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ ถึงร้อยละ 5.45% ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการเดินทาง อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี (transportation)
- ๓ การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) จากการวิเคราะห์ ข้อมูลการตายมารดาพบว่ามารดาที่เสียชีวิตจากการได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ ถึงร้อยละ 83.64% โดย ความล่าช้าในส่วนที่ 3 นี้ สามารถแบ่งสาเหตุหลักๆของความล่าช้าได้ 2 ระบบ ดังนี้

- ศักยภาพบุคลากรร้อยละ 89.64% บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิง ตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด และจำเป็นต้องมีการอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างน้อยปีละครั้ง

และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานแบบรายเดือนพบว่า เดือนที่มีจำนวนมารดาตายสูงสุด ได้แก่เดือนตุลาคมอาจจะเป็นเพราะเดือนตุลาคมเป็นช่วงเดือนที่มีการโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ ด้วย เหตุที่พยาบาลห้องคลอดต้องรับผิดชอบสูงและมีภาระงานที่หนัก แต่ไม่ได้รับการพิจารณาผลงานจึงทำให้มีการขอ ย้ายงานบ่อย ทำให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด โดยเฉพาะพยาบาลห้องคลอดต้องมีศักยภาพในการคัดกรองความเสี่ยงและการประเมินสถานการณ์ความเสี่ยงของ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจำเป็นต้องมีการอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างน้อยปีละครั้ง เช่นเดียวกับช่วงเดือนกรกฎาคม ซึ่ง เป็นช่วงที่แพทย์จบใหม่ประมาณเดือนมิถุนายน – กรกฎาคมของปี จะมีการหมุนเวียนแพทย์จบใหม่ไปปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลชุมชน จะพบปัญหาในเรื่องประสบการณ์ ทักษะในการดูแลรักษา การวินิจฉัยล่าช้าส่งผลให้การ รักษาล่าช้า แพทย์จบใหม่ควรได้รับการฝึกปฏิบัติการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ในภาวะฉุกเฉิน และเหตุการณ์ที่จำเป็น ทางสุติกรรม ในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ก่อนลงปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และต้องมีการ Coaching แพทย์จบใหม่ในช่วงแรกของการปฏิบัติงาน นอกจากนั้นการตายมารดาอาจจะเกี่ยวเนื่องกับการ ระบาดของโรคในช่วงฤดูกาลต่างๆที่อาจจะมีผลต่อการเจ็บป่วยหรือสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เช่นไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก ซึ่งข้อมูลเท่าที่มียังไม่สามารถอธิบายได้ถึงการระบาดของโรคในแต่ละช่วงเวลาในภาพรวม จะต้องมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการศึกษาในแต่ละพื้นที่

- เวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด และระบบส่งต่อร้อยละ 45.65% ซึ่งเกิดจากปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ความไม่พร้อมในการบริหารยารักษาภาวะตกเลือด Oxytocin, Ergometrine, Prostaglandin, Cytotec ที่เพียงพอและพร้อมใช้งานให้ทันเวลาที่ ขาดระบบเลือดสำรองและสารน้ำที่เพียงพอพร้อมใช้งานทันทีเมื่อเกิดเหตุ ฉุกเฉิน รวมทั้งการใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว เมื่อ การวินิจฉัยการตกเลือดไม่แม่นยำและล่าช้าจึงก่อให้เกิดการส่งต่อที่ล่าช้าตามมาอีกด้วย

### จุดอ่อนของระบบเฝ้าระวังการตายมารดา

1. ความครอบคลุมของข้อมูลซึ่งเป็นข้อจำกัดในการรวบรวมข้อมูล สำนักส่งเสริมสุขภาพยังไม่สามารถรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลในสังกัดเขตกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้
2. การวินิจฉัยสาเหตุการตาย เนื่องจากเมื่อทบทวนสาเหตุการตายพบว่ายังมีการวินิจฉัยสาเหตุการตายไม่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้การวางแผนแก้ไขปัญหามิตรงกับสาเหตุที่แท้จริง

### จุดแข็งของระบบเฝ้าระวังการตายมารดา

1. การรายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดา ได้สะท้อนถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาในแต่ละพื้นที่ มีการเผยแพร่สถานการณ์และรายงานผลการดำเนินงานเชิงรุกให้แก่หน่วยงานได้รับรู้เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดทิศทางการวางแผนเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ตลอดจนการกำหนดนโยบายและมาตรการ พร้อมทั้งวางแผนเพื่อบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. มีข้อมูลรายบุคคลในระดับพื้นที่เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์คลอดและหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นตามบริบทของพื้นที่ เน้นการจัดการรายบุคคลโดยเฉพาะระบบคัดกรองภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม โรคทางอายุรกรรม และทบทวนระบบการดูแลรักษาในระหว่างการจัดครรภ์ การคลอดและหลังคลอด
3. ผู้บริหารระดับกระทรวง กรมอนามัย กอง ที่เกี่ยวข้องได้รับรู้ รับทราบสถานการณ์การตายมารดาอย่างใกล้ชิดทุกเดือน และสั่งการเพื่อให้เกิดการเรียนรู้สู่การปฏิบัติและพัฒนา อันนำไปสู่การติดตามเยี่ยมเสริมพลังแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และให้การสนับสนุนตามภารกิจของกรมอนามัย