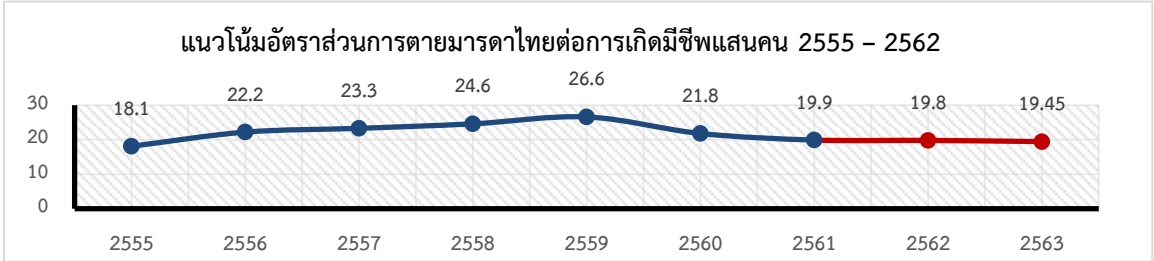
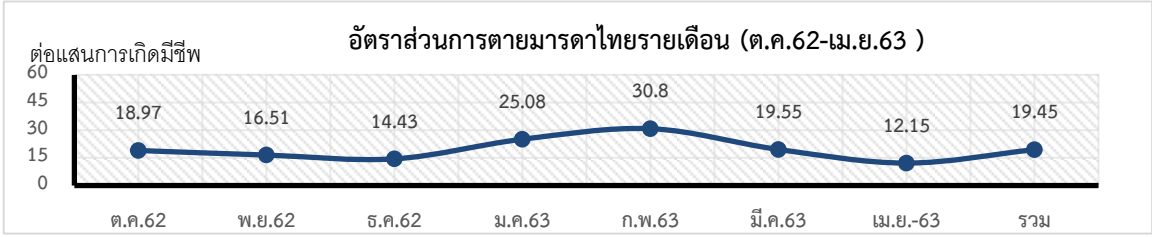
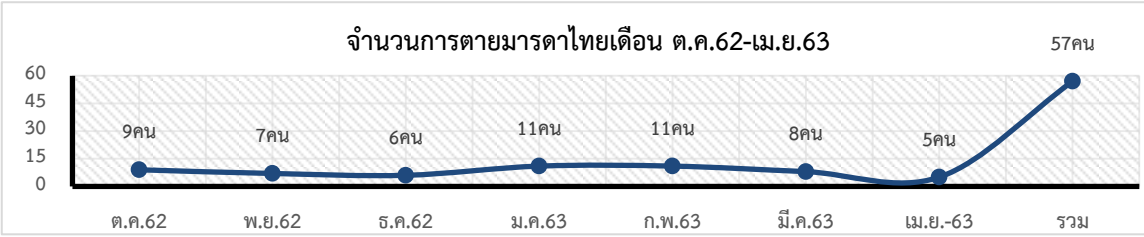


วิเคราะห์ผลการดำเนินงานเดือนตุลาคม 2562 – เมษายน 2563

ตัวชี้วัด 1.1 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

KPI	อัตราส่วนการตายมารดา
Level	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ⁽¹⁾
Trend	แนวโน้มลดลง ปี 2555 -2563 ⁽²⁾  แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน 2555 – 2562 อัตราส่วนการตายมารดาไทยปีงบประมาณ 2563 เดือนตุลาคม 2562- เมษายน 2563 เท่ากับ 19.45 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
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	- จากการดำเนินงานตั้งแต่เดือน ต.ค.62-เม.ย.63 เดือนที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุดได้แก่ เดือนกุมภาพันธ์ (30.8) รองลงมาได้แก่ เดือนมกราคม (25.08)  ต่อแสนการเกิดมีชีพ อัตราส่วนการตายมารดาไทยรายเดือน (ต.ค.62-เม.ย.63) - จำนวนมารดาตาย ต.ค.62-เม.ย.63 เท่ากับ 57 คน  จำนวนการตายมารดาไทยเดือน ต.ค.62-เม.ย.63

Place	1. เขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เขตบริการที่ 12 (30.58), 7 (25.72), 10 (25.14) ⁽⁵⁾ ตามลำดับ (ข้อมูลเดือน ต.ค.62-เม.ย.63) ต่อแผนการเกิดมีชีพ อัตราส่วนการตายมารดาไทยเดือน ต.ค.62-เม.ย.63 <table border="1"> <thead> <tr> <th>เขต</th> <th>อัตราส่วนการตายมารดา</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>เขต 1</td><td>12.12</td></tr> <tr><td>เขต 2</td><td>13.60</td></tr> <tr><td>เขต 3</td><td>9.57</td></tr> <tr><td>เขต 4</td><td>8.24</td></tr> <tr><td>เขต 5</td><td>19.96</td></tr> <tr><td>เขต 6</td><td>24.97</td></tr> <tr><td>เขต 7</td><td>25.72</td></tr> <tr><td>เขต 8</td><td>16.81</td></tr> <tr><td>เขต 9</td><td>14.25</td></tr> <tr><td>เขต 10</td><td>25.14</td></tr> <tr><td>เขต 11</td><td>18.78</td></tr> <tr><td>เขต 12</td><td>30.58</td></tr> <tr><td>รวม</td><td>19.45</td></tr> </tbody> </table> 2. จำนวนมารดาตาย ต.ค.62-เม.ย.63 เท่ากับ 57 คน จำนวนการตายมารดาไทยเดือน ต.ค.62-เม.ย.63 <table border="1"> <thead> <tr> <th>เขต</th> <th>จำนวนการตายมารดา</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>เขต 1</td><td>3 คน</td></tr> <tr><td>เขต 2</td><td>2 คน</td></tr> <tr><td>เขต 3</td><td>1 คน</td></tr> <tr><td>เขต 4</td><td>2 คน</td></tr> <tr><td>เขต 5</td><td>5 คน</td></tr> <tr><td>เขต 6</td><td>10 คน</td></tr> <tr><td>เขต 7</td><td>5 คน</td></tr> <tr><td>เขต 8</td><td>4 คน</td></tr> <tr><td>เขต 9</td><td>4 คน</td></tr> <tr><td>เขต 10</td><td>5 คน</td></tr> <tr><td>เขต 11</td><td>5 คน</td></tr> <tr><td>เขต 12</td><td>11 คน</td></tr> </tbody> </table>	เขต	อัตราส่วนการตายมารดา	เขต 1	12.12	เขต 2	13.60	เขต 3	9.57	เขต 4	8.24	เขต 5	19.96	เขต 6	24.97	เขต 7	25.72	เขต 8	16.81	เขต 9	14.25	เขต 10	25.14	เขต 11	18.78	เขต 12	30.58	รวม	19.45	เขต	จำนวนการตายมารดา	เขต 1	3 คน	เขต 2	2 คน	เขต 3	1 คน	เขต 4	2 คน	เขต 5	5 คน	เขต 6	10 คน	เขต 7	5 คน	เขต 8	4 คน	เขต 9	4 คน	เขต 10	5 คน	เขต 11	5 คน	เขต 12	11 คน
เขต	อัตราส่วนการตายมารดา																																																						
เขต 1	12.12																																																						
เขต 2	13.60																																																						
เขต 3	9.57																																																						
เขต 4	8.24																																																						
เขต 5	19.96																																																						
เขต 6	24.97																																																						
เขต 7	25.72																																																						
เขต 8	16.81																																																						
เขต 9	14.25																																																						
เขต 10	25.14																																																						
เขต 11	18.78																																																						
เขต 12	30.58																																																						
รวม	19.45																																																						
เขต	จำนวนการตายมารดา																																																						
เขต 1	3 คน																																																						
เขต 2	2 คน																																																						
เขต 3	1 คน																																																						
เขต 4	2 คน																																																						
เขต 5	5 คน																																																						
เขต 6	10 คน																																																						
เขต 7	5 คน																																																						
เขต 8	4 คน																																																						
เขต 9	4 คน																																																						
เขต 10	5 คน																																																						
เขต 11	5 คน																																																						
เขต 12	11 คน																																																						
สาเหตุ	ปีงบประมาณ 2563 (ต.ค.62-เม.ย.63) Direct cause ร้อยละ 63 Indirect cause ร้อยละ 30 Unknown ร้อยละ 7 ⁽⁵⁾																																																						
Supply side																																																							
การจัดการ	ระบบบริการ : (1) ปัญหาการส่งต่อภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (2) การตัดสินใจเพื่อการส่งต่อ (3) การจัดการความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์																																																						
ข้อมูล	จากระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR : Maternal Death Surveillance and Response)																																																						
บุคลากร	ศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ แพทย์และพยาบาลจบใหม่ยังขาดทักษะในด้านภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม																																																						
เทคโนโลยี	- ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - CE Online - โครงการ 9 อย่างเพื่อสร้างลูก - นิเทศติดตาม/เยี่ยมเสริมพลัง กรมอนามัย ตรวจราชการ																																																						
งบประมาณ	โครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อสร้างแม่ลูกคุณภาพ งบประมาณ ส่วนกลาง 7,691,600 บาท ภูมิภาค 19,740,000 บาท																																																						

การสกัดองค์ความรู้

ลดอัตราการตายมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้

ข้อเสนอแนะ

1. การป้องกันและดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ภายใต้สถานการณ์ COVID-19
2. ค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์
3. ลดการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด และการฆ่าตัวตาย (Suicide)
4. พัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด

(1) เป้าหมายรอบ 6 เดือนแรก อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

(2) พ.ศ.2555-2561 จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ.2562 จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดาไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

พ.ศ.2563 ผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการตายมารดาไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562

(3) Compare some SDGs Goal among ASEAN Countries in the year 2015 : ASEAN Secretariat

(4) เป้าหมายประเทศไทย : ลดอัตราการตายมารดาไทยให้ไม่เกิน 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

บทวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยเดือนตุลาคม 2562 – เมษายน 2563

จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

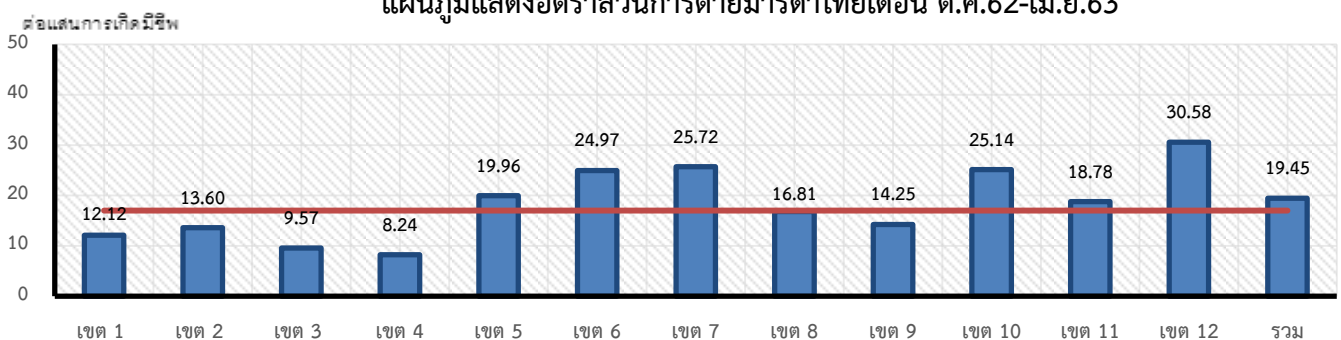
1. ส่วนที่ 1 Result

1.1 เปรียบเทียบค่าเป้าหมายกับผลการดำเนินงาน (Level)

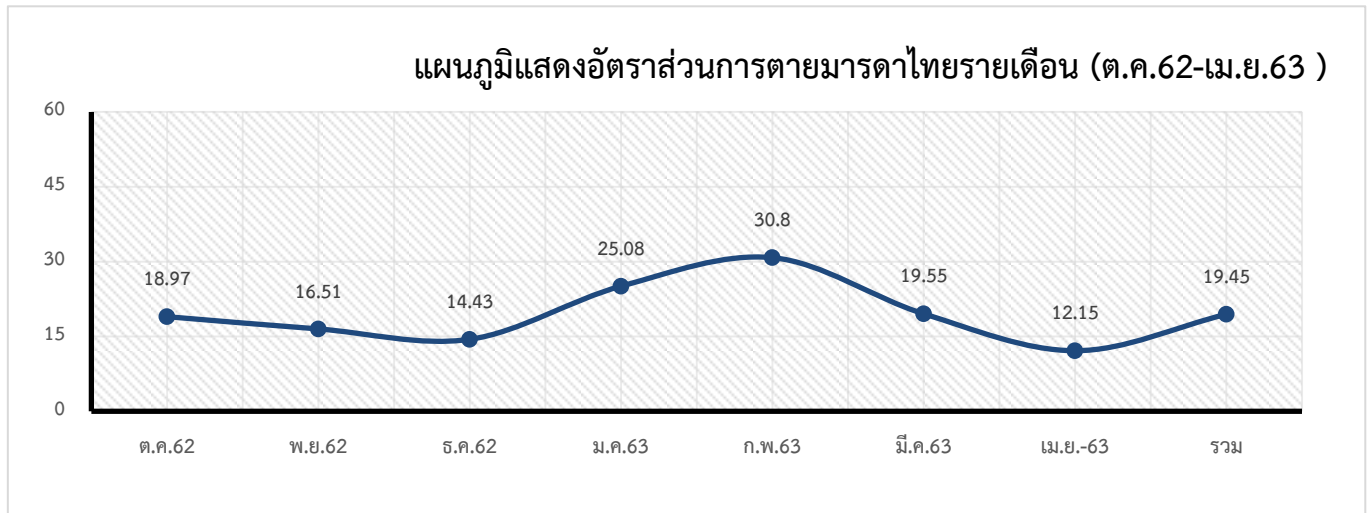
อัตราส่วนการตายมารดาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – เมษายน 2563

ถึงแม้ที่ผ่านม้อัตราส่วนการตายมารดาจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องแต่ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายที่กำหนด โดยผลการดำเนินงานอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคนตั้งแต่พ.ศ. 2555-2562 เท่ากับ 18.1, 22.2, 23.3, 24.6, 26.6, 21.8, 19.9 และ 20.3 ต่อแสนการเกิดมีชีพตามลำดับ และเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตบริการสุขภาพพบว่าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 เป็นต้นม้อัตราส่วนการตายมารดา เขตบริการสุขภาพที่ 12 ไม่เคยต่ำกว่า 40 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ดังนั้นในปีงบประมาณ 2563 จึงมีการกำหนดค่าเป้าหมายระดับเขตบริการสุขภาพขึ้น โดยเขตบริการที่ 1-11 อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน พื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะได้แก่เขตบริการสุขภาพที่ 12 อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 35 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน แต่ทั้งนี้ในภาพรวมประเทศอัตราส่วนการตายประเทศต้องไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน จากข้อมูลสถานการณ์การตายมารดาไทยระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – เมษายน 2563 พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทยภาพรวมประเทศเท่ากับ 19.45 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อนำผลการดำเนินงานดังกล่าวเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายพบว่าผลการดำเนินงานอัตราส่วนการตายมารดาไทยเกินกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด แต่เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานเทียบกับค่าเป้าหมายแบบรายเขตบริการสุขภาพพบว่า เขตบริการสุขภาพที่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนดได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 1, 2, 3, 4, 8, 9 นอกจากนี้ถึงแม้ว่าในภาพประเทศเขตบริการสุขภาพที่ 12 จะมีแนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาสูงที่สุดในปี 2563 แต่เมื่อนำผลการดำเนินงานเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ของเขตสุขภาพที่ 12 พบว่าเขตสุขภาพที่ 12 สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนดคือ

แผนภูมิแสดงอัตราส่วนการตายมารดาไทยเดือน ต.ค.62-เม.ย.63



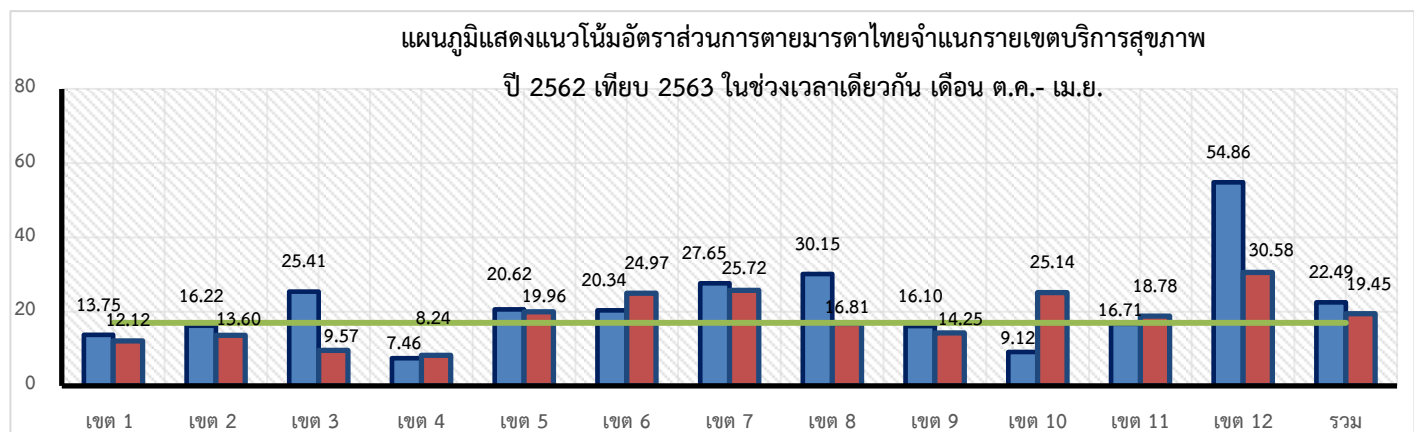
นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดารายเดือน พบว่าตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – เมษายน 2563 เดือนกุมภาพันธ์มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุดเท่ากับ 30.8 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต (เกิด 43863 คน/ตาย 11 คน) รองลงมาได้แก่เดือนมกราคม เท่ากับ 25.08 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต (เกิด 35688 คน/ตาย 11 คน) ซึ่งทั้งสองเดือนที่กล่าวมา ข้างต้นมีเด็กเกิดน้อยและมารดาตายสูงสุดในรอบแต่ละเดือนที่ผ่านมา



1.2 แนวโน้มการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยในปัจจุบัน (Trend)

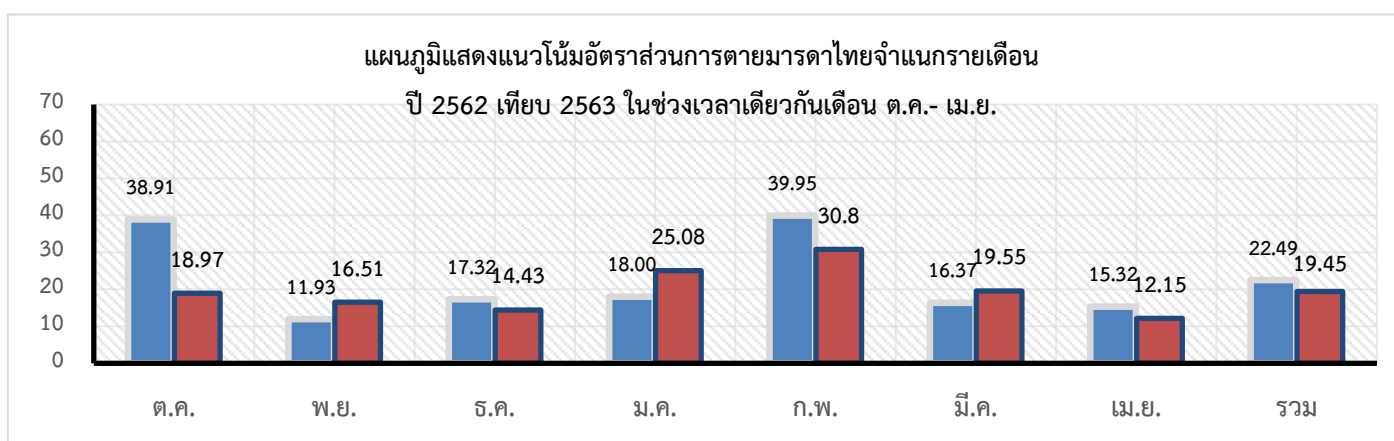
ข้อมูลอัตราส่วนการตายมารดาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – เมษายน 2563

เมื่อนำผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2563 เปรียบเทียบค่าผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันของปี 2562 พบว่าในภาพรวมประเทศอัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้ม ลดลง จากปีที่ผ่านมา และเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานเป็นรายเขตบริการสุขภาพพบว่าเขตบริการสุขภาพที่สามารถลดอัตราส่วนการตายมารดาได้ต่ำกว่าผลการดำเนินงานของปีที่ผ่านมาเมื่อเทียบกับผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9 และเขตบริการสุขภาพที่สามารถลดอัตราการตายมารดาลงจากปีที่ผ่านมาได้มากที่สุดได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 12 ซึ่งสามารถลดอัตราส่วนการตายมารดาได้ถึง 56 เปอร์เซ็นต์เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา แต่อย่างไรก็ตามเขตบริการสุขภาพที่ 6, 10 และ 11 กลับมีแนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเขตบริการสุขภาพที่ 10 มีอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้นถึง 177 เปอร์เซ็นต์เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา



ร้อยละการตายมารดาจำแนกรายเดือนตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – เมษายน 2563

เมื่อนำผลการดำเนินงานช่วงเดือนตุลาคม-มีนาคมของปีงบประมาณ 2563 เปรียบเทียบกับปี 2562 พบว่าจำนวนการตายมารดาแม่มีแนวโน้มลดลง โดยปี 2562 ช่วงเดือน ตุลาคม-มีนาคม พบแม่ตายทั้งสิ้นจำนวน 74 คน เมื่อนำข้อมูลมาเทียบกับปี 2563 ในช่วงเวลาเดียวกันพบแม่ตายทั้งสิ้น 57 คน ซึ่งสามารถลดแม่ตายจากปี 2562 ได้ถึง 17 คน และเมื่อพิจารณาร้อยละการตายมารดาจำแนกรายเดือนในปี 2563 เทียบปี 2562 ในช่วงเวลาเดียวกันพบว่าในช่วงระยะเวลาสองปีที่ผ่านมาเดือนกุมภาพันธ์มีแม่ตายสูงสุด และจากสถิติย้อนหลัง 5 ปีจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยพบว่า เดือนที่พบการมารดาสูงสุดได้แก่เดือนตุลาคม กุมภาพันธ์ กรกฎาคม และกันยายน ดังนั้นตามข้อมูลสถิติดังกล่าวในระยะเวลาอีก 5 เดือนนับจากนี้ไปในปีงบประมาณ 2563 ทุกพื้นที่ต้องทำการเฝ้าระวังการตายมารดาในเดือนกรกฎาคมและกันยายนอย่างเข้มข้นและเข้มแข็งด้วยมาตรการลดการตายมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ และมาตรการค้นหาและจัดการความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

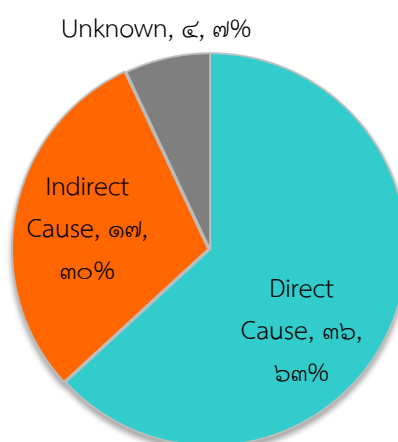


ส่วนที่ 2 Demand side ปัจจัยสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดการตายมารดา

สาเหตุการตายมารดา

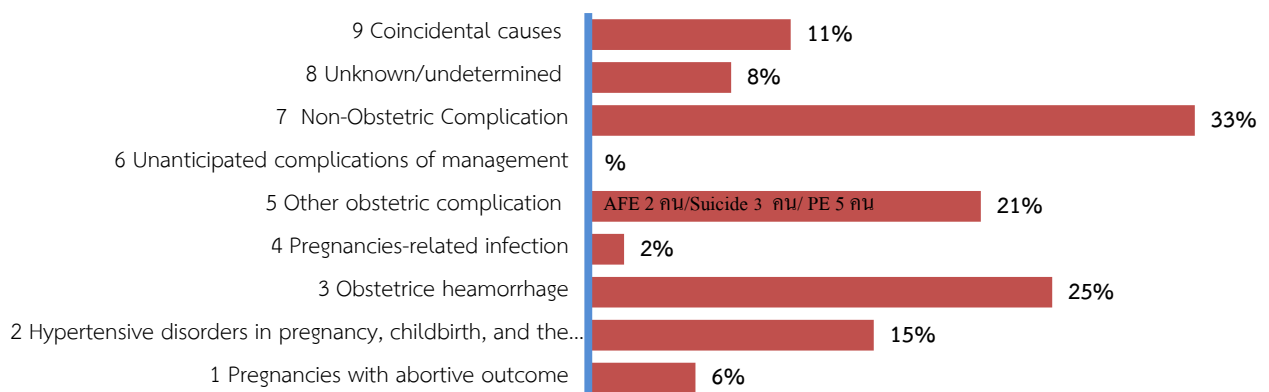
ผลจากการศึกษาและวิเคราะห์การวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดาเดือนตุลาคม 2562 – เมษายน 2563 พบว่ามีมารดาตายจำนวน 57 คน โดยเสียชีวิตจากสาเหตุทางตรงร้อยละ 63 จากสาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 30 และนอกจากนี้ยังพบการตายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้ ร้อยละ 4 สรุปได้ว่าสาเหตุการตายหลักมาจากสาเหตุทางตรง (Direct Cause)

ร้อยละสาเหตุการตายมารดาทางตรง ทางอ้อม



เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตายมารดา รายบุคคลพบว่าการตายหลักมาจากกลุ่มที่ 3 Obstetric heamorrhage การตกเลือดจำนวน 13 ราย รองลงมาได้แก่กลุ่มที่ 5 Other obstetric จำนวน 10 ราย ประกอบด้วย ฆ่าตัวตาย 3 ราย Amniotic fluid embolism 2 ราย และ Pulmonary embolism 5 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) สาเหตุที่พบเช่น มะเร็ง โรคหัวใจ และติดเชื้อ เป็นต้น นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านสุขภาพแล้วยังพบอีกหนึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุการตายมารดานั้นคือ อุบัติเหตุ และการฆาตกรรม ซึ่งจากการเก็บข้อมูลผ่านระบบเฝ้าระวังการตายมารดาปี 2562-2563 พบแม่ตายจากอุบัติเหตุ 6 ราย และฆาตกรรม 3 ราย

ร้อยละการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM : WHO ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – เมษายน 2563



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

กลุ่ม 9 ไม่นับรวมในการคำนวณ MMR ประเทศ

ส่วนที่ 3 Supply side

1. ปัจจัยสัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์การตายมารดา รายบุคคลยังพบว่า

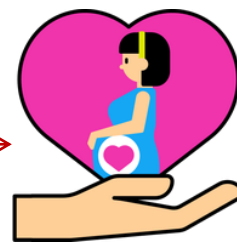
- (1) ผู้ให้บริการ (a)บุคลากร : ศักยภาพบุคลากร ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด ความไม่พร้อมของ คลังเลือด คลังยา ที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว (b)ระบบส่งต่อ : การตัดสินใจส่งต่อล่าช้า ระบบส่งต่อที่ต้องติดต่อและประสานงานหลายขั้นตอน
- (2) ผู้รับบริการ : ตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า ผ่าครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง และในบางรายไม่เข้ารับบริการผ่าครรภ์เลย อันเนื่องมาจากขาดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ วัฒนธรรม ความเชื่อ
- (3) ปัจจัยแวดล้อม : การเดินทาง/การเข้าถึงบริการ ปัญหาการเดินทาง พื้นที่ห่างไกล ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี แรงงานย้ายถิ่น

2. การสรุปสาเหตุการตายมารดาที่ไม่ถูกต้องชัดเจน ก่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่ไม่ตรงประเด็น ทำให้เกิดเหตุซ้ำในหลายๆพื้นที่
3. เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว ชุมชน

(1) โปรแกรม 9 อย่างเพื่อสร้างลูก การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยง/หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวต้องตระหนักรู้และรอบรู้ด้านสุขภาพ/สร้างกระแสสังคมและยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของภาคประชาชนผ่าน application



(2) โปรแกรม SAVE MOM เพิ่มการรับรู้รับทราบถึงความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์และต้องเข้ารับการฝากท้องเร็ว และมารับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ 5 ครั้งหรือมาพบแพทย์ทุกครั้งตามนัด/ ต้องรับรู้รับทราบว่า การตั้งครรภ์ทุกครั้งมีความเสี่ยง



(3) สื่อสารความรู้ภาคประชาชน



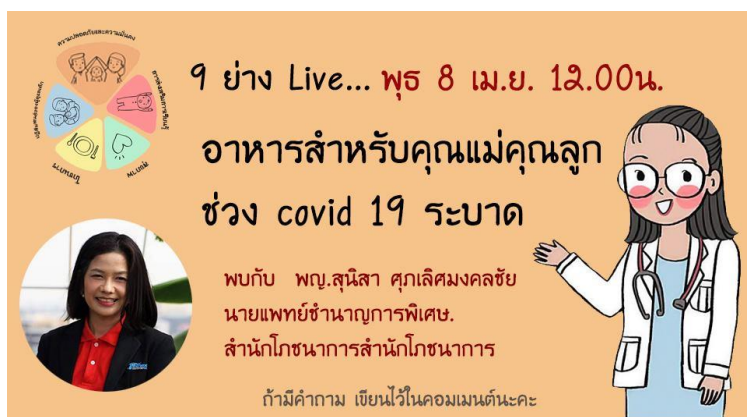
<https://www.facebook.com/9YangTH/videos/1347894645394989>



<https://www.facebook.com/9YangTH/videos/2584117705027295>



<https://www.facebook.com/9YangTH/videos/914420229008434>



<https://www.facebook.com/9YangTH/videos/647318442495683>



<https://www.facebook.com/9YangTH/videos/753526438517385>



<https://www.facebook.com/9YangTH/videos/2848930711843400>



4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดา

- 4.1 เร่งรัดการค้นหาและจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ANC High Risk รายบุคคลเชิงรุกโดยการใช้เทคโนโลยี/ Application
- 4.2 สร้างระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์รายบุคคลโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์
- 4.3 มาตรการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19
 - การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด ภายใต้สถานการณ์ COVID-19
 - การจัดระบบบริการฝากครรภ์ ตรวจหลังคลอด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19
 - การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19
 - การสื่อสารความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลแม่และเด็กภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 แก่หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว ชุมชน

นอกจากนี้จากการนิเทศการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กกรมอนามัยยังพบปัญหาและจุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ปัญหา อุปสรรค	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
● ปัญหา 3 Delay ● พบการตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay in seeking care) ร้อยละ 58.1 เช่นฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่เข้ารับบริการ ฝากครรภ์เลย อันเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ ● การเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ 5.4 ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการเดินทาง อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี (Transportation)	● ส่งเสริมการจัดบริการคุณภาพ ด้านงานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านกลไกการบูรณาการคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) และระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทุกระดับโดย - ปรับโครงสร้างคณะกรรมการและบทบาทการทำงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการเชื่อมต่อบริการสุขภาพตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค รักษา และฟื้นฟู ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม - ควบคุม กำกับ ติดตามการจัดบริการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก - สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรด้านสูติกรรมดำเนินการตาม CPG กลางของจังหวัด

ปัญหา อุปสรรค	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
● การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ร้อยละ 83.6 ดังนี้ - ร้อยละ 89.4 เกิดจากศักยภาพบุคลากรขาดทักษะและประสบการณ์ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ - ร้อยละ 45.6 เกิดจากเวชภัณฑ์ คลังเลือด ปัญหาในการบริหารเวชภัณฑ์ ระบบการสำรองเลือดและสารน้ำทดแทน ที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว	● พัฒนาทักษะแพทย์/พยาบาล ใหม่ด้วยการหมุนเวียนปฏิบัติงานด้านสูติกรรมในโรงพยาบาลทั่วไป ก่อนส่งไปอยู่ โรงพยาบาลชุมชน และมีการจัดประชุมวิชาการด้านสูติศาสตร์ ปีละ 1 ครั้ง ● การซ่อมแผนตาม Standing order การส่งต่อ และการจัดการภาวะฉุกเฉินในห้องคลอดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ● จัดทำกระบวนการช่วยเหลือระหว่างการส่งต่อ ● การจัดตั้งธนาคารเลือดในพื้นที่เกาะและถิ่นทุรกันดาร ● การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงจากกระบวนการฝากครรภ์ในระดับ รพ.สต. ● ผลักดันให้เกิดการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลการฝากครรภ์ข้ามเขต โดยเฉพาะในพื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัด เพื่อการดูแลต่อเนื่องรายบุคคล และวางแผนการรักษาส่งต่อที่เหมาะสมตามมาตรฐาน
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก และกรดโฟลิก ไม่ครอบคลุมทุกคน และยังไม่ได้ตามเป้าหมาย (ร้อยละ 100) ข้อมูลปี 2561, 2562, 2563 พบที่ร้อยละ 70.54, 75.9, 77.87 ตามลำดับ แหล่งข้อมูล : HDC (10 มี.ค. 2563)	● ทบทวนและชี้แจงการจ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก และกรดโฟลิก สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน ● ติดตามการกินยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก และกรดโฟลิก ของ หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน ทุกราย
3. ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ จากงานวิจัยพบว่า ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ จะส่งผลกระทบต่อตัวแม่ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และอาจมีอันตรายถึงชีวิต หากมีการเสียเลือดระหว่างคลอดหรือหลังคลอด รวมทั้งตัวทารกมีโอกาสที่จะคลอดก่อนกำหนด ส่งผลกระทบต่อปัญญา และการเจริญเติบโตของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จากข้อมูลพบภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ ในปี 2561, 2562, 2563 อัตราที่สูงที่ร้อยละ 16.03, 16.45 และลดลงเล็กน้อยในปี 2563 ที่ร้อยละ 14.67	● มี CPG การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง เพื่อเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลทุกแห่งนำไปปฏิบัติตามบริบทของตนเอง

ปัญหา อุปสรรค	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
4. หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และชุมชน การคลอดที่บ้าน / ฝากครรภ์ไม่ครบ ความเชื่อและความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ในการดูตนเองและการเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์	● เน้นนโยบาย No home birth ในพื้นที่ทุรกันดาร โดยให้คลอดในรพ.สต.เป็นขั้นต่ำ หากมีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลส่งต่อสูติแพทย์ใน รพ.แม่ข่าย หรือรพท./รพศ.อย่างทันทั่วทั้ง ● สร้างเครือข่ายกับผดุงครรภ์โบราณให้ช่วยแนะนำส่งต่อไปยังระบบบริการสาธารณสุขเพื่อลดความเสี่ยง
5. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสร้างเสริมและป้องกันโรค สุขภาพช่องปาก	● รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ การบูรณาการงาน และการ flow ของหญิงตั้งครรภ์ในวัน ANC มีการ monitor ความครอบคลุมการตรวจฟัน และขัดทำความสะอาด ฟันของหญิงตั้งครรภ์ ในงาน ANC การชี้แจงซ้ำ หรือ ทำหนังสือชี้แจงถึง นพ.สสจ. การชี้แจง ตอบปัญหา ใน กลุ่มผู้ประสานระดับจังหวัด อำเภอ (line group)
6. การส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ - แม่วัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ จะส่งผลต่อโอกาสคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และทารก อาจมีภาวะโลหิตจางตั้งแต่แรกเกิด ข้อมูล ปี 2561, 2562, 2563 พบที่ร้อยละ 15.98, 14.86, 14.08 ตามลำดับ - แม่วัยรุ่นที่มีการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่ยังต่ำ จาก ข้อมูลปี 2561, 2562, 2563 พบที่ร้อยละ 30.31, 35.32 และ 36.53 ตามลำดับ แหล่งข้อมูล : HDC (10 มี.ค. 2563)	● การขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ผ่านกลไก พขอ. โดยบูรณาการกลุ่มวัย (Life course approach) และ เชื่อมโยงประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกัน เช่น BMI เกินในวัยเจริญพันธุ์ โรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม ภาวะ เบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ LBW กับ สูงดีสมส่วน และ NCD เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการ พัฒนาแนวทางเฝ้าระวังในชุมชนและเชื่อมต่อบริการเชิง ระบบ ● เร่งดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตและระดับ จังหวัด ลดการตั้งครรภ์วัยรุ่น ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ● ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับ วัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) การยุติการตั้งครรภ์ที่ ปลอดภัย (R-SA) และการสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ● จัดบริการให้คำปรึกษา และการจัดบริการคุมกำเนิด ให้กับหญิงหลังคลอด/หลังแท้งทุกราย ก่อน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานรอบ 6 เดือนแรก

1. เขตสุขภาพมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน คณะกรรมการ MCH Board ระดับเขต/ระดับจังหวัด บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติกรรม กุมารเวชกรรม และในบางจังหวัดมีการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาอายุรกรรม จิตเวช
2. มีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังมารดาตายเพื่อปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR : Maternal Death Surveillance and Response) ในการวิเคราะห์และทบทวนสาเหตุการตายมารดา ปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหา ในระดับเขต จังหวัด และถ่ายทอดมาตรการสู่การดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง เข้มขัน และต่อเนื่องทั้งระบบ
3. ระดับพื้นที่มีการทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วน ให้คนในสังคมร่วมกันพัฒนาชุมชน เพื่อให้สามารถบริหารจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง ลดความเสี่ยง เพิ่มปัจจัยปกป้อง เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ
4. นโยบายผู้บริหารมีความต่อเนื่องทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มีความชัดเจนในการขับเคลื่อนงาน
5. ได้รับความร่วมมือที่ดีจากเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข