

# ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR) Thailand Maternal Death Surveillance and Response

การประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนภารกิจหลัก ครั้งที่ 9/2563

วันที่ 2 มิถุนายน 2563

ณ ห้องประชุมกำธร สุวรรณกิจ กรมอนามัย

โดย ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย



# ความก้าวหน้าการดำเนินงานศูนย์เฝ้าระวังมารดาตาย



สถานที่ตั้ง : ศูนย์อนามัยที่ 1-12

แนวทางการดำเนินงาน  
ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย  
สำหรับประเทศไทย

Thailand  
Maternal Death  
Surveillance  
and Response  
Guideline

กรมอนามัย  
Ministry of Health  
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย



ผู้อำนวยการ : ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 - 12  
เลขานุการ : นักวิชาการผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก



MDSR Team ทีมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา  
: เขต 1-12 โดยมี MCH Board ระดับเขตเป็นประธาน



ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา พร้อมทั้งผลิตคู่มือแนวทางการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังมารดาตายสำหรับประเทศไทย (MDSR)



วิเคราะห์การเฝ้าระวังการตายมารดาผ่านกระบวนการ Six steps of a mortality audit cycle และบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงรายบุคคล

# Six steps of a mortality audit cycle HPC 06



- พบการตาย 14 ราย
- AFE 2
- Abortion 1
- Pre eclampsia 1
- PPH 1
- Ruptured Ectopic Pregnancy 2
- Pulmonary Embolism 1
- Intentional self – harm 1
- CA tounge 1
- Septic Shock 1
- Heart vascular disease 1
- Unknown 1

โรงพยาบาลต้นทางทบทวน  
และตรวจสอบข้อมูล

1. Identify  
deaths

2. Collect  
information

3. Analyse  
results

4.  
Recommend  
solutions

6. Evaluate and  
refine

5. Implement  
recommendation  
s

ประเมินผลรอบ 6 เดือนหลัง 2563

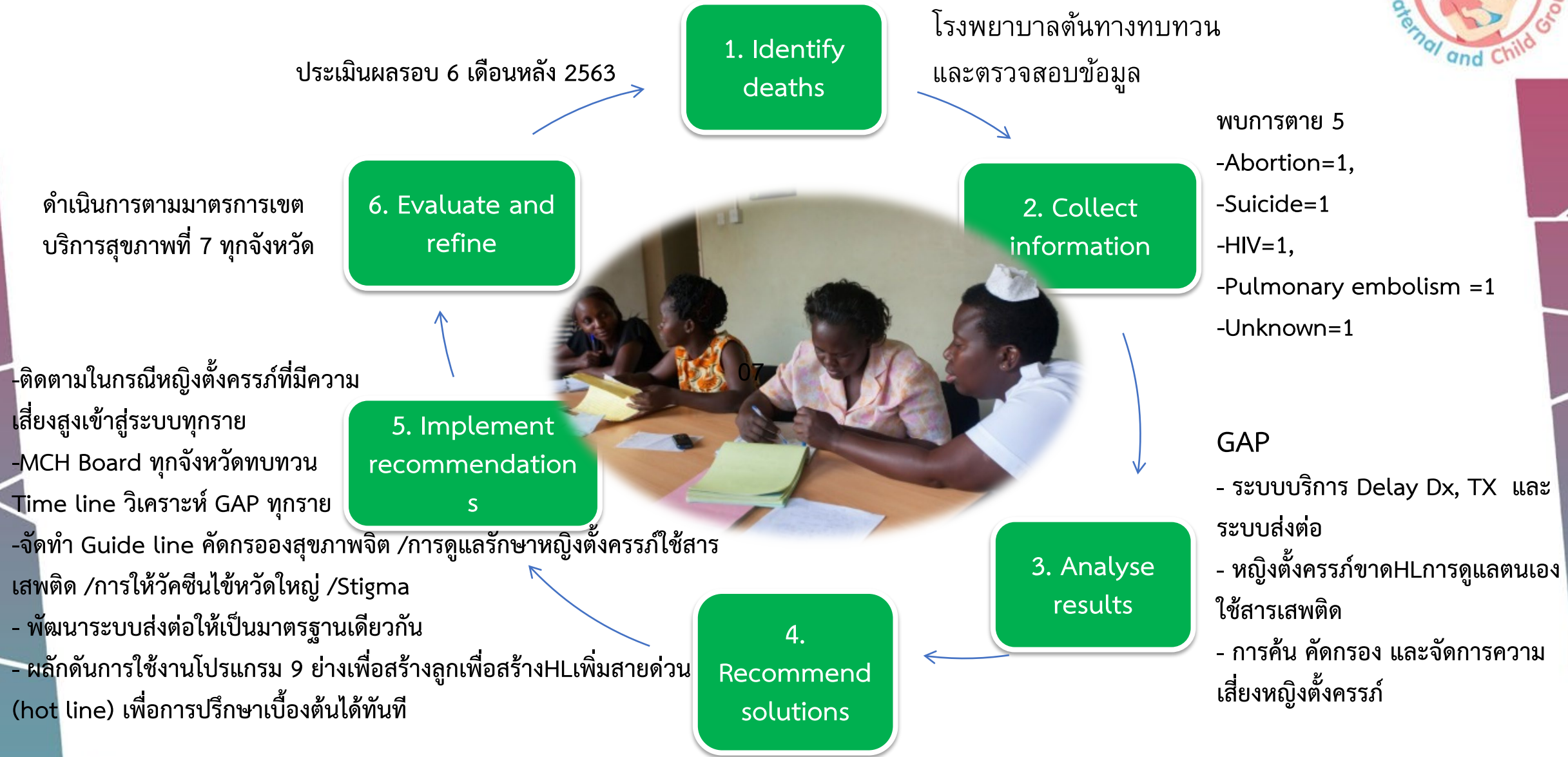


เนื่องจากความแตกต่างด้านบริบทการ  
ทำงานของพื้นที่ วัฒนธรรม ความ  
หลากหลายของประชากร แรงงานย้าย  
ถิ่น จึงเน้นให้แต่ละจังหวัดพัฒนาตาม  
ข้อเสนอแนะโดยมี จ.ชลบุรีเป็นพี่เลี้ยง

- ปรับ CPG refer/ termination of pregnancy / Early ANC and  
Ultrasound เพื่อลด Ruptured ectopic pregnancy
- พัฒนาระบบ coaching training and Counsel โดยมี รพ.ชลบุรีเป็นพี่เลี้ยง
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรความรู้ ทักษะ การสื่อ สร้างความสัมพันธ์ที่เป็นมิตร
- พัฒนาระบบสื่อสารภายใน

- GAP ปัญหา 3 Delay
- Decision/Treatment
  - Refer แนวทางไม่ชัด ส่งต่อไม่ได้
  - บริหารจัดการภายในขาดการ  
ประสานสถิติ-อายุ, ER, Ward, OPD  
อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งาน
  - ขาด CPG ที่จำเป็นเช่น CPG  
termination of pregnancy  
/Early ANC and Ultrasound

# Six steps of a mortality audit cycle HPC 07





# Six steps of a mortality audit cycle HPC 10

1. Identify deaths

โรงพยาบาลต้นทางทบทวน และตรวจสอบข้อมูล

ประเมินผลรอบ 6 เดือนหลัง 2563

2. Collect information

- ทบทวนภายใน 1 สัปดาห์หลังเกิดการตาย พบการตาย 5 ราย
- Amniotic fluid embolism
- Internal Bleeding
- Placenta Acretary
- placenta accreta c coronary occusion c nalador side effect
- Previous C/S with pracenta previa with PPH



3. Analyse results

- GAP
- Previous C/S : 80%
  - การเตรียมก่อน C/S
  - C/S นอกเวลา
  - 3 Delay (Decision/Treatment/ ปัญหา Refer...ศูนย์ส่งต่อ รพ.สปส.)

4. Recommend solutions

5. Implement recommendations

- CPG Previous C/S
- ฝากครรภ์ที่ รพ., รพท. หรือ รพศ. เท่านั้น
  - Pre/Post-operation เตรียมความพร้อมคลังเลือด ยา ทีม
  - U/S ก่อนผ่าตัดคลอดทุกราย
  - Elective C/S ให้ทำเฉพาะในเวรเช้าเท่านั้น
  - Observe V/S & Check blood loss

6. Evaluate and refine

ดำเนินการให้เป็นแนวปฏิบัติเดียวกันทั้งพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10

Maternal stillbirth and neonatal death review are simple to introduce even LMIC

# ก้าวต่อไป



1

กำหนดให้หน่วยบริการสาธารณสุขใช้ “แนวทางการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังมารดาตายสำหรับประเทศไทย” เป็นคู่มือในการปฏิบัติงาน

2

การดำเนินงานระบบเฝ้าระวังมารดาตาย ควรทำควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ (CRVS)

3

การประเมินระบบเฝ้าระวังและแนวทางการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา หลังจากมีการนำไปใช้แล้วเป็นระยะๆ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4

การเก็บข้อมูลมารดาตายขยายระยะเวลาไปถึง 1 ปีหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ (Late Maternal Death) และการวิเคราะห์สาเหตุการตายทารกปริกำเนิด



*Thank you*