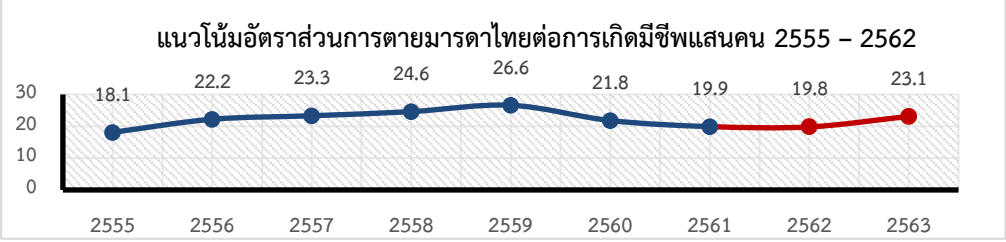



วิเคราะห์ผลการดำเนินงานเดือนตุลาคม 2562 – กันยายน 2563
 ตัวชี้วัด 1.1 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

KPI	อัตราส่วนการตายมารดา
Level	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ⁽¹⁾
Trend	แนวโน้มลดลง ปี 2555 -2563 ⁽²⁾  **หมายเหตุ : ข้อมูลเดือนตุลาคม 2562- กันยายน 2563 สำนักส่งเสริมสุขภาพ
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	<ul style="list-style-type: none"> จากการดำเนินงานตั้งแต่เดือน ต.ค.62-ก.ย.63 เดือนที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุดได้แก่เดือนมิถุนายน (32.97) รองลงมาได้แก่ เดือนมกราคม (31.92) 

Time	<p>จำนวนการตายมารดาจำแนกรายเดือนประจำปีงบประมาณ 2563</p> <p>ต่อแผนการเกิดมีชีพ จำนวนการตายมารดาไทยรายเดือน (ต.ค.62-ก.ย.63)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เดือน</th> <th>จำนวนการตายมารดา</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ต.ค.62</td><td>10</td></tr> <tr><td>พ.ย.62</td><td>7</td></tr> <tr><td>ธ.ค.62</td><td>6</td></tr> <tr><td>ม.ค.63</td><td>14</td></tr> <tr><td>ก.พ.63</td><td>10</td></tr> <tr><td>มี.ค.63</td><td>9</td></tr> <tr><td>เม.ย.63</td><td>7</td></tr> <tr><td>พ.ค.63</td><td>10</td></tr> <tr><td>มิ.ย.63</td><td>14</td></tr> <tr><td>ก.ค.-63</td><td>12</td></tr> <tr><td>ส.ค.-63</td><td>12</td></tr> <tr><td>ก.ย.-63</td><td>7</td></tr> </tbody> </table>	เดือน	จำนวนการตายมารดา	ต.ค.62	10	พ.ย.62	7	ธ.ค.62	6	ม.ค.63	14	ก.พ.63	10	มี.ค.63	9	เม.ย.63	7	พ.ค.63	10	มิ.ย.63	14	ก.ค.-63	12	ส.ค.-63	12	ก.ย.-63	7
เดือน	จำนวนการตายมารดา																										
ต.ค.62	10																										
พ.ย.62	7																										
ธ.ค.62	6																										
ม.ค.63	14																										
ก.พ.63	10																										
มี.ค.63	9																										
เม.ย.63	7																										
พ.ค.63	10																										
มิ.ย.63	14																										
ก.ค.-63	12																										
ส.ค.-63	12																										
ก.ย.-63	7																										
Place	<p>เขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เขตบริการที่ 12 (33.60), 2 (31.52), 6 (28.65) ⁽⁵⁾ ตามลำดับ (ข้อมูลเดือน (ต.ค.62-ก.ย.63)</p> <p>ต่อแผนการเกิดมีชีพ อัตราส่วนการตายมารดาไทยเดือน (ต.ค.62-ก.ย.63)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เขต</th> <th>อัตราส่วนการตายมารดา</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>เขต 1</td><td>23.84</td></tr> <tr><td>เขต 2</td><td>31.52</td></tr> <tr><td>เขต 3</td><td>16.14</td></tr> <tr><td>เขต 4</td><td>9.37</td></tr> <tr><td>เขต 5</td><td>25.20</td></tr> <tr><td>เขต 6</td><td>28.65</td></tr> <tr><td>เขต 7</td><td>26.34</td></tr> <tr><td>เขต 8</td><td>19.20</td></tr> <tr><td>เขต 9</td><td>22.22</td></tr> <tr><td>เขต 10</td><td>20.09</td></tr> <tr><td>เขต 11</td><td>13.03</td></tr> <tr><td>เขต 12</td><td>33.60</td></tr> </tbody> </table>	เขต	อัตราส่วนการตายมารดา	เขต 1	23.84	เขต 2	31.52	เขต 3	16.14	เขต 4	9.37	เขต 5	25.20	เขต 6	28.65	เขต 7	26.34	เขต 8	19.20	เขต 9	22.22	เขต 10	20.09	เขต 11	13.03	เขต 12	33.60
เขต	อัตราส่วนการตายมารดา																										
เขต 1	23.84																										
เขต 2	31.52																										
เขต 3	16.14																										
เขต 4	9.37																										
เขต 5	25.20																										
เขต 6	28.65																										
เขต 7	26.34																										
เขต 8	19.20																										
เขต 9	22.22																										
เขต 10	20.09																										
เขต 11	13.03																										
เขต 12	33.60																										
Place	<p>จำนวนการตายมารดาจำแนกรายเขตบริการสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2563</p> <p>ต่อแผนการเกิดมีชีพ จำนวนการตายมารดาไทยเดือน (ต.ค.62-ก.ย.63)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เขต</th> <th>จำนวนการตายมารดา</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>เขต 1</td><td>10</td></tr> <tr><td>เขต 2</td><td>8</td></tr> <tr><td>เขต 3</td><td>3</td></tr> <tr><td>เขต 4</td><td>4</td></tr> <tr><td>เขต 5</td><td>11</td></tr> <tr><td>เขต 6</td><td>20</td></tr> <tr><td>เขต 7</td><td>9</td></tr> <tr><td>เขต 8</td><td>8</td></tr> <tr><td>เขต 9</td><td>11</td></tr> <tr><td>เขต 10</td><td>7</td></tr> <tr><td>เขต 11</td><td>6</td></tr> <tr><td>เขต 12</td><td>21</td></tr> </tbody> </table>	เขต	จำนวนการตายมารดา	เขต 1	10	เขต 2	8	เขต 3	3	เขต 4	4	เขต 5	11	เขต 6	20	เขต 7	9	เขต 8	8	เขต 9	11	เขต 10	7	เขต 11	6	เขต 12	21
เขต	จำนวนการตายมารดา																										
เขต 1	10																										
เขต 2	8																										
เขต 3	3																										
เขต 4	4																										
เขต 5	11																										
เขต 6	20																										
เขต 7	9																										
เขต 8	8																										
เขต 9	11																										
เขต 10	7																										
เขต 11	6																										
เขต 12	21																										
สาเหตุ	<p>ปีงบประมาณ 2563 (ต.ค.62-ส.ค.63) Direct cause ร้อยละ 54 Indirect cause ร้อยละ 39 Unknown ร้อยละ 7 ⁽⁵⁾</p>																										
Supply side																											
การจัดการ	<p>ระบบบริการ : (1) ปัญหาการส่งต่อภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (2) การตัดสินใจเพื่อการส่งต่อ (3) การจัดการความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์</p>																										
ข้อมูล	<p>จากระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR : Maternal Death Surveillance and Response)</p>																										
บุคลากร	<p>ศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ แพทย์และพยาบาลจบใหม่ยังขาดทักษะในด้านภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม</p>																										

เทคโนโลยี	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. CE Online 3. Save mom 4. นิเทศติดตาม/เยี่ยมเสริมพลัง กรมอนามัย ตรวจราชการ
การสกัดองค์ความรู้	
ลดอัตราการตายมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้	
ข้อเสนอแนะ	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ 2. ลดการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด และการฆ่าตัวตาย (Suicide) 3. พัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด 	

ที่มา :

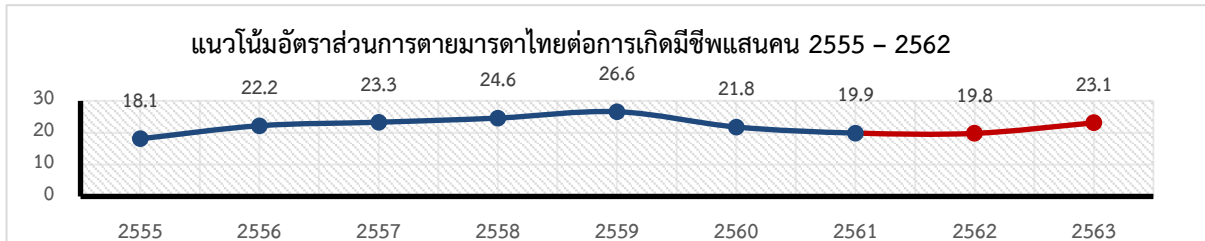
- (1) เป้าหมายรอบ 6 เดือนแรก อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- (2) พ.ศ.2555-2561 จากกองทุนศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 พ.ศ.2562 จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดาไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
 พ.ศ.2563 ผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการตายมารดาไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
 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

บทวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยเดือนตุลาคม 2562 – สิงหาคม 2563

จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

1. ส่วนที่ 1 Result

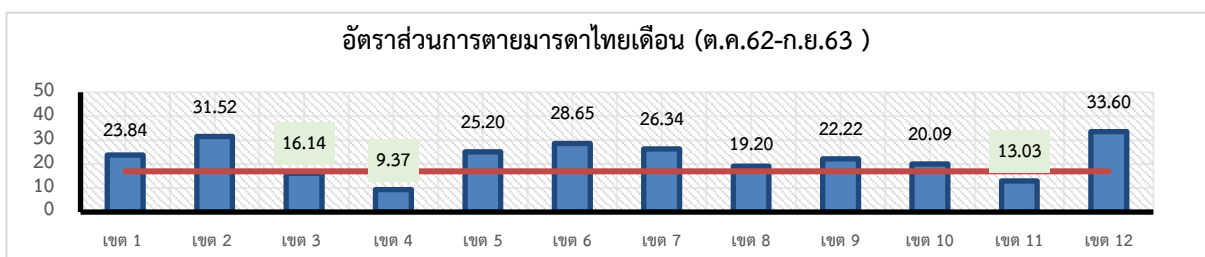
1.1 เปรียบเทียบค่าเป้าหมายกับผลการดำเนินงาน (Level)



ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (30 กันยายน 2563)

กรมอนามัยได้พัฒนาระบบรายงานข้อมูลที่แม่นยำและรวดเร็ว และดำเนินงานลดเพื่อลดการตายมารดาอย่างเข้มแข็งและจริงจัง และได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) จนสามารถเฝ้าระวัง เก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย ส่งผลให้ตั้งแต่ 2560 เป็นต้นมา อัตราส่วนการตายมารดาลดลง และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ 2562 ถึงแม้อัตราส่วนการตายมารดาในประเทศจะลดลงอย่างต่อเนื่องแต่ผลการดำเนินงานก็ยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนในปี 2562 และในปีงบประมาณ 2563 ผลการเฝ้าระวังมารดาตายผ่านระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR system) พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 23.10 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยใน 2563 อาจไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

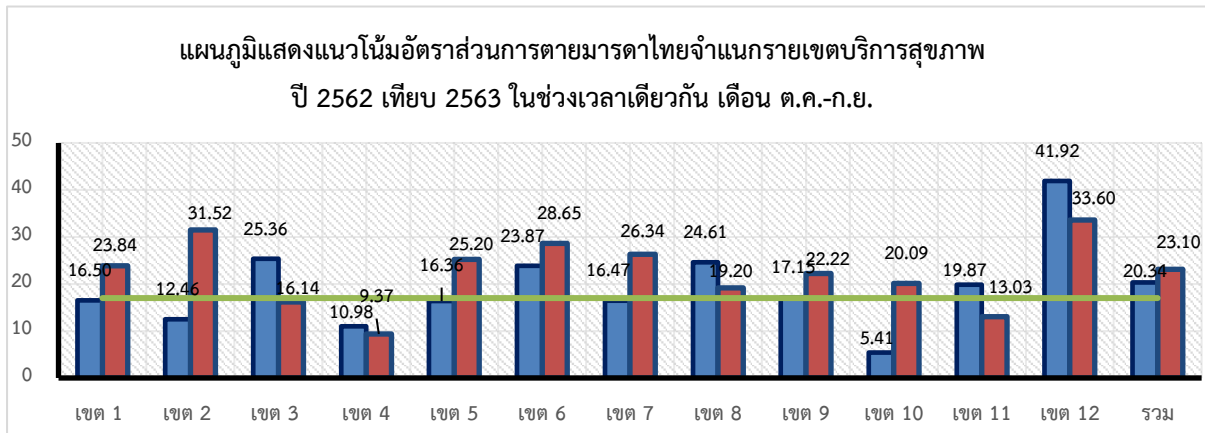
1.2 แนวโน้มการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยในปัจจุบัน (Trend)



ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (30 กันยายน 2563)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยใน 2563 อาจไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตบริการสุขภาพพบว่า มีเพียง 3 เขตบริการสุขภาพเท่านั้นที่อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพได้แก่เขตบริการสุขภาพที่

3, 4 และ 11 และเขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่เขตบริการที่ 12 (33.60), 2 (31.52), 6 (28.65) (5) ตามลำดับ (ข้อมูลเดือน ต.ค.-ก.ย.63)



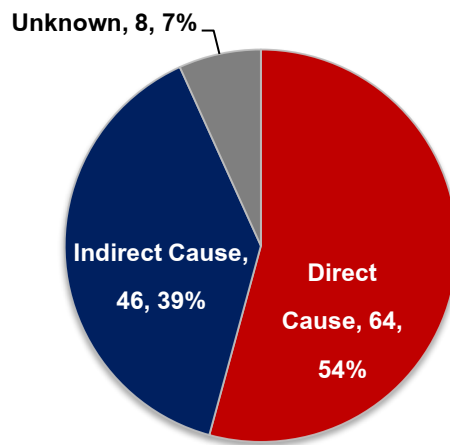
ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (30 กันยายน 2563)

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้นเมื่อนำผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2563 เปรียบเทียบค่าผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันของปี 2562 พบว่าในภาพรวมประเทศอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา และเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานเป็นรายเขตบริการสุขภาพพบว่าเขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงกว่าผลการดำเนินงานของปีที่ผ่านมาในช่วงเวลาเดียวกันได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 1, 2, 5, 6, 7, 9 และ 10 ส่วนเขตบริการสุขภาพที่สามารถลดอัตราการตายมารดาลงจากปีที่ผ่านมาได้แก่เขตบริการสุขภาพที่ 3, 4, 8, 11 และ 12 แต่อย่างไรก็ตามเขตบริการสุขภาพที่ 2, 6 และ 10 กลับมีอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 Demand side ปัจจัยสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดการตายมารดา

กรมอนามัย จำแนกสาเหตุการตายของมารดาแบ่งออกเป็น 9 กลุ่ม ตาม ICD-MM ขององค์การอนามัยโลก สาเหตุการตายกลุ่มที่ 1-6 เป็นสาเหตุทางตรง กลุ่มที่ 7 เป็นสาเหตุการตายทางอ้อม และกลุ่มที่ 8 คือสาเหตุที่ไม่สามารถระบุได้ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายมารดาที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการคำนวณอัตราส่วนการตายมารดา ส่วนในกลุ่มที่ 9 เป็นการตายที่อยู่นอกเหนือจากกลุ่มเป้าหมายตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลกที่จะไม่นำมาใช้คำนวณอัตราส่วนการตายมารดา ซึ่งเป็นสาเหตุการตายมาจากอุบัติเหตุและฆาตกรรม

ร้อยละสาเหตุการตายมารดาทางตรง ทางอ้อม

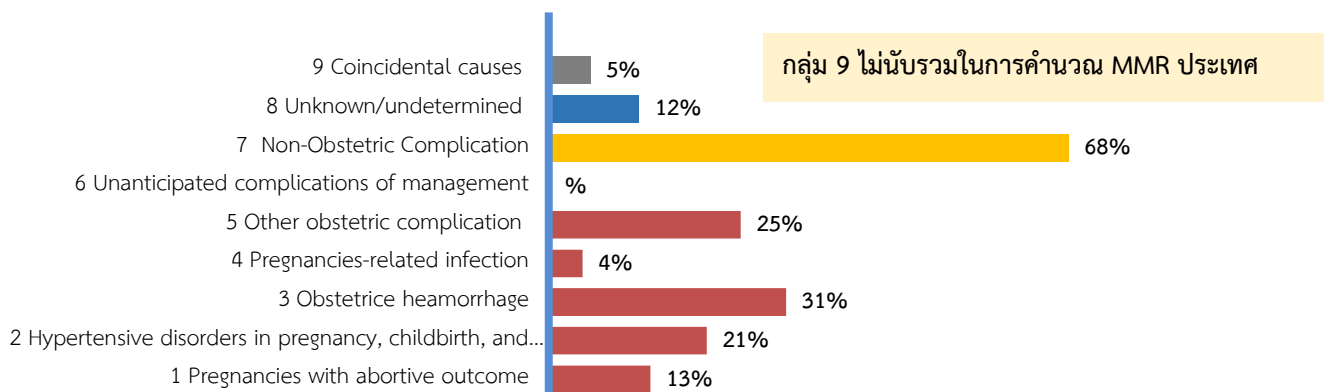


ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (31 กรกฎาคม 2563)

สาเหตุการตายมารดา

จากการศึกษาและวิเคราะห์การวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดาเดือนตุลาคม 2562 – กันยายน 2563 พบว่ามีมารดาส่วนใหญ่ตายเนื่องจากสาเหตุทางตรง (กลุ่มที่ 1-6) ร้อยละ 54 ตายจากสาเหตุทางอ้อม (กลุ่มที่ 7) ร้อยละ 39 และตายจากสาเหตุที่ไม่สามารถระบุได้ (กลุ่มที่ 8) ร้อยละ 7 สรุปได้ว่าสาเหตุการตายหลักมาจากสาเหตุทางตรง (Direct Cause)

ร้อยละการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM : WHO ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 – สิงหาคม 2563



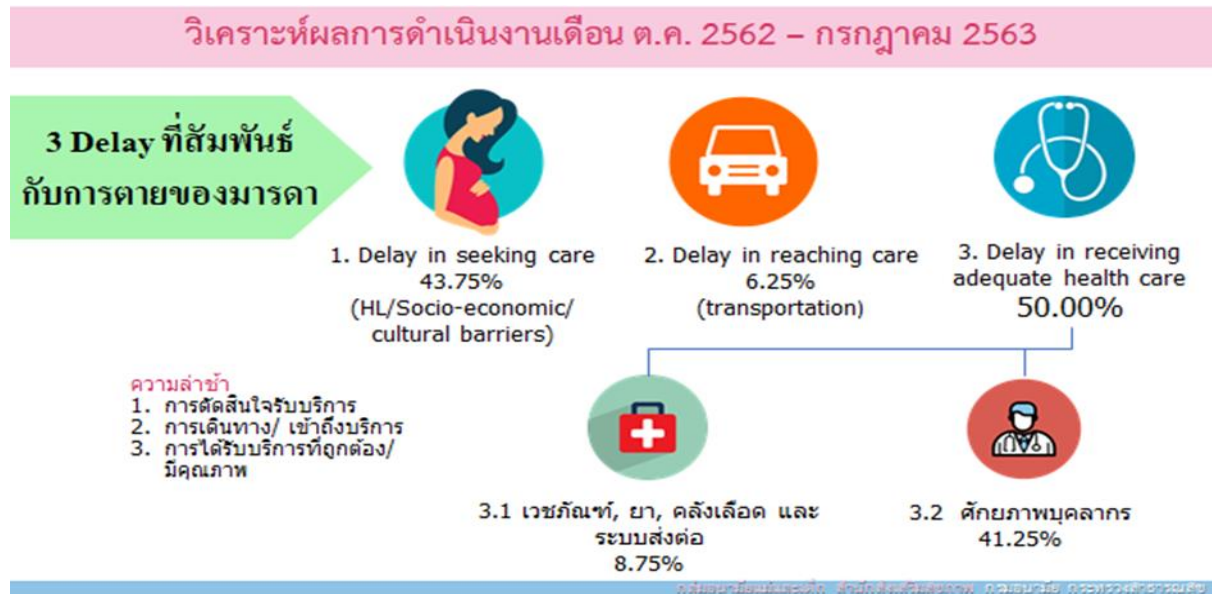
ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (31 สิงหาคม 2563)

มารดาส่วนใหญ่ตายเนื่องจากสาเหตุทางตรง และเมื่อพิจารณาสาเหตุการตายทางตรงยังพบว่าการตายมารดาส่วนใหญ่มาจากกลุ่มที่ 3 คือเลือดออกในระหว่างการตั้งครรภ์ ความผิดปกติของรก ตกเลือด และความผิดปกติอื่นของมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์และระหว่างคลอดเช่น ภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นหลอดเลือดในปอด การฆ่าตัวตาย เป็นต้น สาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) ส่วนใหญ่พบ

สาเหตุมาจาก มะเร็ง โรคหัวใจ และติดเชื้อ นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านสุขภาพแล้วยังพบอีกหนึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุการตายมารดานั้นคือ อุบัติเหตุ และ การฆาตกรรม ซึ่งจากการเก็บข้อมูลผ่านระบบเฝ้าระวังการตายมารดาปี 2562-2563 พบแม่ตายจากอุบัติเหตุ 7 ราย และฆาตกรรม 3 ราย

ส่วนที่ 3 Supply side

1. ปัจจัยสัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์การตายมารดารายบุคคลยังพบว่า



ที่มา สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (31 กรกฎาคม 2563)

- (1) ผู้รับบริการ : Delay in seeking care 43.75% (HL/Socio-economic/cultural barriers)
 ตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง และในบางรายไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์เลย อันเนื่องมาจากขาดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ วัฒนธรรม ความเชื่อ
- (2) ปัจจัยแวดล้อม : Delay in reaching care 6.25% (transportation)
 การเดินทาง/การเข้าถึงบริการ ปัญหาการเดินทาง พื้นที่ห่างไกล ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี แรงงานย้ายถิ่น
- (3) ผู้ให้บริการ Delay in receiving adequate health care 50.00% แบ่งออกเป็น
 - (a) บุคลากร 41.25%: ศักยภาพบุคลากร ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด ความไม่พร้อมของ คลังเลือด คลังยา ที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว

(b) เวชภัณฑ์ คลั่งเลือด คลั่งยา และระบบส่งต่อ 8.75% : การตัดสินใจส่งต่อล่าช้า ระบบส่งต่อที่ต้องติดต่อและประสานงานหลายขั้นตอน

2. วิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขในพื้นที่ที่มีอัตราการตายมารดาเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

จากที่กล่าวมาข้างต้นในปีงบประมาณ 2564 เขตบริการสุขภาพที่ 2, 6 และ 10 มีอัตราการตายมารดาเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา จึงได้มีการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และได้เสนอแนวทางแก้ไขปัญหา ดังนี้

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
เขตบริการสุขภาพที่ 2		
1 การค้นหาและลดปัจจัยเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัวและชุมชนยังไม่ครอบคลุม	1 ค้นหาและลดปัจจัยเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และชุมชน	อยู่ระหว่างดำเนินการและติดตามผล
2 ขาดทักษะการคัดกรองภาวะเสี่ยง การส่งต่อข้อมูลและบริการในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง การจัดการภาวะวิกฤต	2 พัฒนาทักษะการคัดกรองภาวะเสี่ยง การส่งต่อข้อมูลและบริการในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง	
3 ไม่มีการซ้อมแผนตาม Standing order การส่งต่อ และการจัดการภาวะฉุกเฉินในห้องคลอด	3 การจัดการภาวะวิกฤต การซ้อมแผนตาม Standing order การส่งต่อ และการจัดการภาวะฉุกเฉินในห้องคลอด	
4 การขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ผ่านกลไก พชอ. ขาดการเชื่อมโยงประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกันในการเฝ้าระวังในชุมชนที่เชื่อมต่อกับระบบบริการ	4 ขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ผ่านกลไก พชอ. บูรณาการกลุ่มวัย (Life course approach) และเชื่อมโยงประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องเช่น <ul style="list-style-type: none"> - BMI เกินในวัยเจริญพันธุ์ - โรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม การติดเชื้อที่ถ่ายทอดสู่ลูก - ภาวะเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง - LBW กับสูติสัมพันธ์ 	

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	<ul style="list-style-type: none"> - โรค NCD <p>5 พัฒนาแนวทางเฝ้าระวังในชุมชน และเชื่อมต่อบริการเชิงระบบ</p>	
<p>เขตบริการสุขภาพที่ 6</p> <p>1. ปัญหาการตายมารดาพบว่า อัตราตายมารดาไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นจากสาเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปัญหา 3 Delay Decision/Treatment - ระบบส่งต่อ การRefer แนวทางไม่ชัด ส่งต่อไม่ได้ - บริหารจัดการภายในในขาดการประสานสูติ-อายุ, ER, Ward, OPD อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งาน - ขาด CPG ที่จำเป็นเช่น CPG termination of pregnancy /Early ANC and Ultrasound <p>2. ข้อมูลจากระบบ HDC กับข้อมูลในพื้นที่ มีความต่างกัน 2-3 เท่า</p>	<p>1. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังมารดาตายในทุกระดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนการตายมารดาทุกราย - กำหนดแนวทาง /มาตรการ ดังนี้ <p>1) กรณีมีการตายมารดาให้รีบรายงานตามระบบพร้อมส่งรายงาน CE 62, ข้อมูลในสมุดสีชมพู และศอ. 6 สรุปรายงานผู้บริหาร และคืนข้อมูลทาง Line MCH ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</p> <p>2) ปรับเพิ่มขึ้นขั้นตอนการทบทวนมารดาตาย ตรงประเด็น TIME LINE ต้องระบุรายละเอียด ข้อเสนอแนะ และการติดตามผลการพัฒนา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ทุกจังหวัดดำเนินการทบทวน CPG และนำมาประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - ึงตั้งครรภ์รายใหม่ต้องได้รับการ USG ในครั้งแรกของการฝากครรภ์ทุกราย - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการทบทวนการตายมารดา 	<p>1. ทบทวนและแก้ไขปัญหาการตายมารดาตาย โดยประชุมทบทวน ชี้แจง หาทางแก้ไข ร่วม โดยคณะกรรมการ RCA 2 ทีม ชลบุรีและจันทบุรี และ MCH Board มีข้อตกลงร่วมให้จังหวัดดำเนินการทบทวน CPG และนำเสนอในครั้งต่อไป ซึ่งปัญหานี้ต้องดำเนินการติดตามต่อ</p> <p>2. ยกระดับการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กที่มีความท้าทายและโดดเด่น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสมุทรปราการ : PNC และ ผู้จัดการทีมสุขภาพเด็กระดับตำบล 13 แห่ง - จังหวัดชลบุรี : การแก้ปัญหาทุพโภชนาการ (งบ PPA) - จังหวัดตราด : โครงการสร้างพ่อ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	2. ใช้โปรแกรมคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ (SAVE MOM) 3. สื่อสารเพื่อสร้าง Health literacy โดยการใช้โปรแกรม ANC hpc.com (โรงเรียนพ่อแม่ออนไลน์)	แม้คุณภาพเพื่อสร้างคนคุณภาพ (งบกองทุนสวัสดิการสังคม)
เขตบริการสุขภาพที่ 10 1. ๔ ใน ๗ ของมารดาที่เสียชีวิต เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน และมีโรคอายุรกรรมร่วม 2. มารดาส่วนใหญ่ตายที่ Node 3. ขาดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรมแบบสหสาขาวิชาชีพ เช่น การจัดเตียงใน ICU สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่มีภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม เป็นต้น 4. หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวไม่เห็นความสำคัญในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5. โรงพยาบาลที่อยู่นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้พัฒนาคุณภาพบริการตาม	1. ใช้กลไก MCH Board ระดับเขตจังหวัด และระดับอำเภอขับเคลื่อนร่วมกับ Service Plan สาขาสูติ นรีเวชกรรม 2. สถานบริการทุกระดับดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก 3. คัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ทุกราย 4. โรงพยาบาลทุกแห่งใช้ CPG PPH, PIH, LBW ของเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อไปใช้เป็นแนวทางเดียวกัน 5. ใช้ถุงตรวจเลือดทุกราย 6. ทุกจังหวัดทบทวนระบบ Fast Track ระหว่างลูกข่ายและแม่ข่าย 7. รพท ทุกแห่งวิเคราะห์อัตราผ่าตัดคลอด โดยใช้ Robson classification 8. จังหวัดยโสธร ดำเนินการใช้โปรแกรม Save mom เป็นพื้นที่นำร่องครบทุกอำเภอ	1. มีแนวปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์เป็นแนวปฏิบัติร่วมกันทั้งจังหวัด รวมถึงการใช้ CPG PPH และ CPG PIH ของเขตสุขภาพที่ ๑๐ และปรับให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล 2. คัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ทุกราย 3. พัฒนาคุณภาพสถานบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก 4. มีระบบ Fast track ระบบส่งต่อ และจัดระบบการปรึกษาสูติแพทย์ทางโทรศัพท์ที่สามารถประสานงานได้ตลอดเวลา 5. ใช้ถุงตรวจเลือดในผู้คลอดทุกราย และเฝ้าระวัง

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก		<p>ภาวะตกเลือด เมื่อมีเลือดออก ๓๐๐ ซีซี</p> <p>6. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน/นิเทศติดตามงาน และจัดทำ KPI Ranking</p> <p>7. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ประชุมวิชาการ, จำลองสถานการณ์ฉุกเฉิน,</p> <p>8. ทบทวน MCH Board โดยให้อายุรแพทย์เข้ามามีส่วนร่วม</p> <p>9. พัฒนาระบบ fast track, ระบบ Refer, ระบบ consult ให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากขึ้น</p> <p>10. ได้มีการเชิญโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้มารับทราบนโยบายการดำเนินงานเพื่อป้องกันมารดาตาย และเมื่อทำ caseconference</p>

บทสรุป

จากสถานการณ์ที่ได้กลวงมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาที่ทำให้เกิดการตายของมารดาเกิดจาก 2 องค์ประกอบคือ 1.ตัวผู้รับบริการและครอบครัว และ 2.ตัวผู้ให้บริการ ตั้งแต่ศักยภาพบุคลากร ความพร้อมของระบบบริการ และอุปกรณ์ เครื่องมือ คลังเลือดคลังยา ซึ่งสามารถสรุปปัญหาและข้อเสนอแนะในการพัฒนาได้ดังนี้

1. ระยะเวลาก่อนตั้งครรภ์

ปัญหา: ขาดการวางแผนการตั้งครรภ์ที่ดีในหญิงวัยเจริญพันธุ์ปกติ และหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ป่วยด้วยโรค NCD, โรคติดเชื้อและอายุรกรรมร้ายแรง รวมทั้งหญิงที่ป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรม

ข้อเสนอแนะ : -กรณีที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ จัดระบบให้คำปรึกษาแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์และครอบครัวให้ทราบถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการตั้งครรภ์โดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งสูติแพทย์และอายุรแพทย์

-กรณีตั้งครรภ์ได้ จัดระบบให้คำปรึกษาแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์และ ครอบครัว ต้องวางแผนการตั้งครรภ์ การดูแล และการพบผู้เชี่ยวชาญ โดยการตั้งครรภ์นี้ต้องได้รับการดูแลจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิด (สูติแพทย์และอายุรแพทย์)

2. ระยะเวลาตั้งครรภ์

ปัญหา: - หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวขาดความตระหนักรู้ ผ่าครรภ์ซ้ำ ตัดสินใจเข้ารับบริการผ่ากครรภ์ล่าช้า

- ไม่ได้รับการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงที่รวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ : - ส่งเสริมประชาสัมพันธ์การผ่าครรภ์ และค้นหา คัดกรอง ความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์รายใหม่

- เร่งรัดการค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยง ANC High Risk รายบุคคลเชิงรุก โดยใช้นวัตกรรม/เทคโนโลยี เช่น Application Save mom

3. ระยะเวลาคลอด

ปัญหา: ศักยภาพของบุคลากรและระบบส่งต่อที่ขาดประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ :

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการวินิจฉัยและดูแล เน้นฝึกการวินิจฉัยความเสี่ยงหรือความผิดปกติอย่างเหมาะสม ฝึกซ้อมภาคปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูศักยภาพเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในภาวะวิกฤตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง พัฒนาเกณฑ์และระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

- ทุกหน่วยบริการต้องดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กและเครือข่ายบริการสุขภาพ ประเมินรับรองมาตรฐานและประเมินซ้ำทุก 3 ปี

4. ระยะเวลาหลังคลอด

ปัญหา: ขาดการติดตามหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง และจริงจังในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง

ข้อเสนอแนะ : พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมหลังคลอด เน้นกำกับติดตามหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงทุกรายต้องได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีระบบส่งต่อ/คืนข้อมูลแก่หน่วยงานในพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับพื้นที่

1. ใช้กลไก MCH Board / Service Plan และ ภาควิชาเครือข่าย ในการ ขับเคลื่อน ติดตาม และบริหารจัดการการดำเนินงานแม่และเด็กในพื้นที่เน้นการดูแลร่วมแบบสหสาขา
2. บูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายทั้ง ภาครัฐ เอกชน ชุมชน ท้องถิ่น อสม. และภาควิชาเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการเพิ่มมาตรการที่เหมาะสมที่จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น เช่นร่วมกับ อปท อสม ออกหน่วยค้นหาหญิงตั้งครรภ์ บริการฝากครรภ์เคลื่อน คลินิกฝากครรภ์นอกเวลา สื่อประชาสัมพันธ์ เทคโนโลยี/Applicationที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์รายบุคคลโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์
4. ใช้ข้อมูลสาเหตุการตายที่ได้จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาผ่านกระบวนการ Six steps of a mortality audit cycle ตามแนวทางดำเนินงานเฝ้าระวังมารดาตายสำหรับประเทศไทย กรมอนามัย ในการวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมกับออกมาตรการที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่
5. เร่งรัดการค้นหาและจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ANC High Risk รายบุคคลเชิงรุกโดยการใช้เทคโนโลยี/ Application (ผ่านโปรแกรม Save mom)
 - NO ANC หน่วยงานบริการสาธารณสุขทุกระดับกำหนดมาตรการค้นหาเชิงรุก บูรณาการความร่วมมือกับภาควิชาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนผ่านโปรแกรม Save mom
 - Low risk เฝ้าระวังอาการรวมอื่นๆอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง เพื่อการวินิจฉัยรักษาที่ทันเวลาที่
 - High risk /very High risk เน้นคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน NCD รวมถึงโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ และมีระบบจัดการความเสี่ยงนั้น
 - เน้นการดูแลร่วมสหสาขาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมรุนแรง
 - การให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในกรณีป่วยอายุรกรรมรุนแรงที่สามารถตั้งครรภ์ได้และที่ไม่แนะนำให้ตั้งครรภ์ หากสามารถตั้งครรภ์ได้ต้องอยู่ในการดูแลของอายุรแพทย์และสูติแพทย์อย่างใกล้ชิด รวมถึงมีระบบการกำกับติดตาม และส่งต่อผู้รับบริการ
6. คลอดที่บ้าน ยังคงปรากฏในพื้นที่สูงของบางจังหวัด เช่น แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ และจังหวัดในภาคใต้ ซึ่งพบว่ามีอาการคลอดที่บ้านโดยผดุงครรภ์โบราณ
 - พัฒนาศักยภาพผดุงครรภ์โบราณ

- มีระบบสื่อสารเพื่อการส่งต่อที่รวดเร็ว ทันท่วงที เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน
- เน้นให้มีการคลอดที่สถานบริการสาธารณสุขเพื่อความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้รับบริการ

7. ผลักดัน สนับสนุน สื่อสาร ฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์

3. ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

1. สร้างระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์รายบุคคลโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์
2. ดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดาผ่านระบบ MDSR system เน้นวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาผ่านกระบวนการ Six steps of a mortality audit cycle และนำผลการวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหา ออกมาตรการที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่
3. เร่งรัดการค้นหาและจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงรายบุคคลเชิงรุกโดยการใช้เทคโนโลยี/Application ผ่านโปรแกรม Save mom