

การวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๒ – กันยายน ๒๕๖๓)

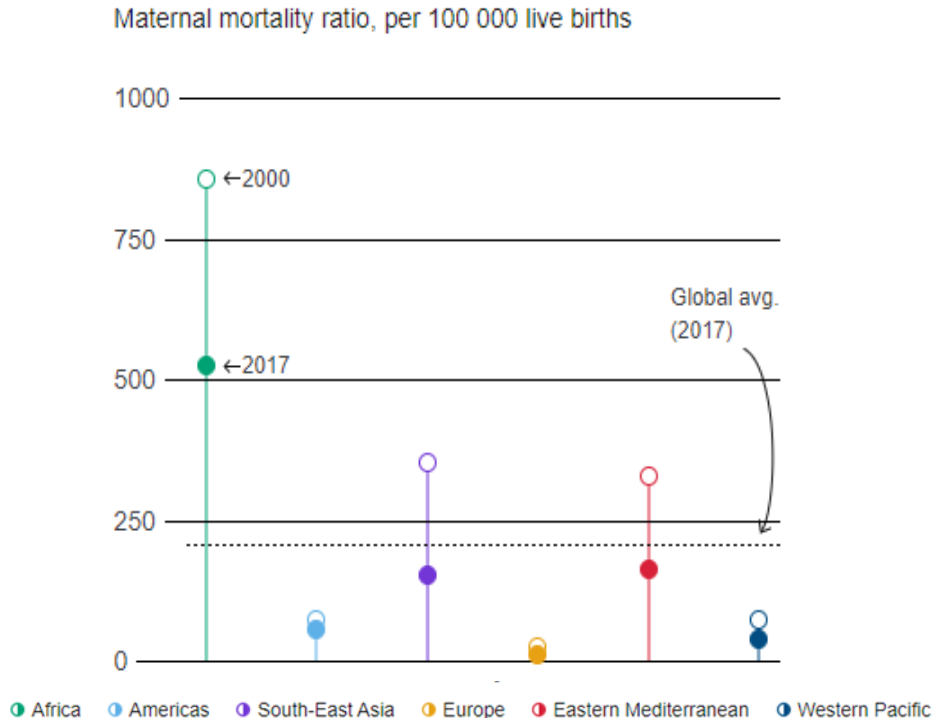
จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

บทนำ

การตายของมารดามีผลกระทบต่อพัฒนาการสาธารณสุขอย่างสูง อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal mortality ratio, MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ทุกประเทศทั่วโลกมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของโลกในอีก ๑๕ ปีข้างหน้า ต้องลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า ๗๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี ๒๕๗๓ ประเทศไทยโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการตายมารดาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าอัตราการตายมารดาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แต่เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายมารดาตั้งแต่ ปี ๒๕๕๘ จนถึงปัจจุบันพบว่าอัตราการตายมารดาไทยมีแนวโน้มลดลง

ส่วนที่ ๑ ผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดา (Result)

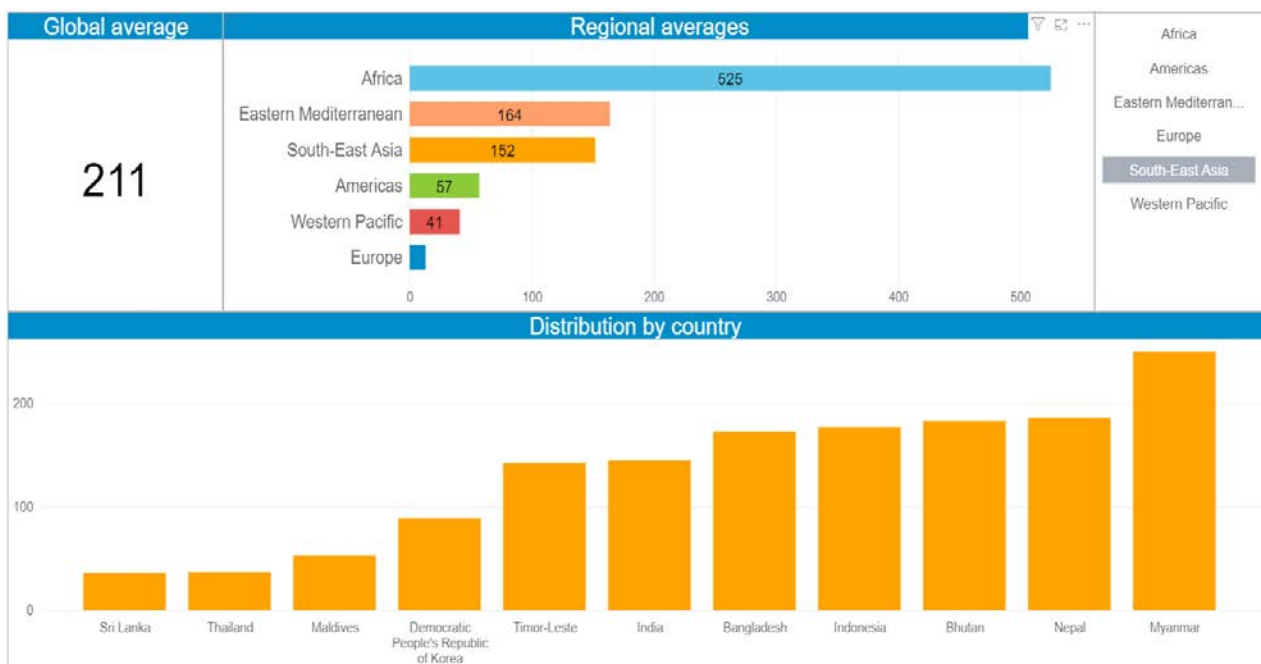
๑.๑ การเปรียบเทียบอัตราการตายมารดากับประเทศอาเซียน (Compare)



จากรายงานสถิติสุขภาพโลกประจำปี ค.ศ.๒๐๒๐ (World Health Statistics monitoring health of the SDG ๒๐๒๐,WHO) พบว่าการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีผลมาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คลอด จนถึงหลังการตั้งครรภ์ อัน

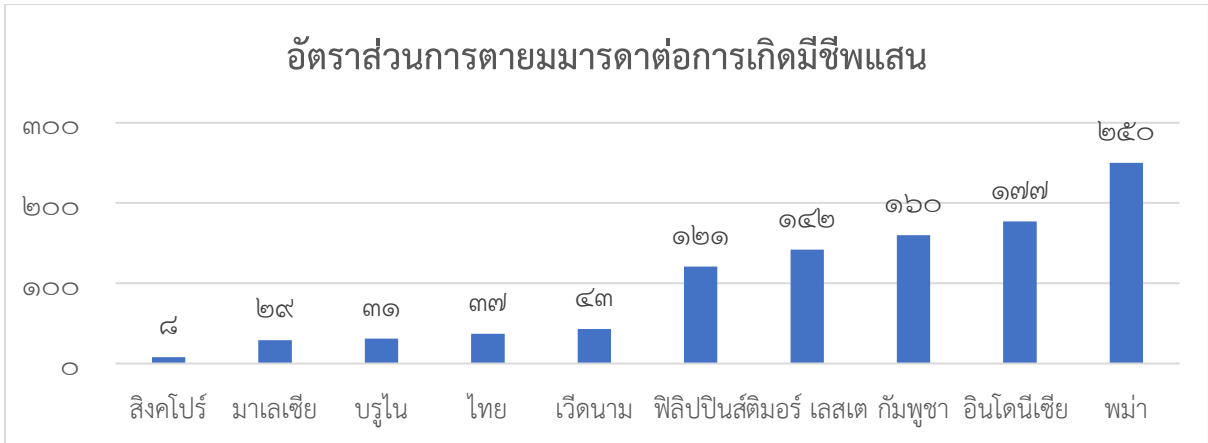
สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันทั่วโลกในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ จากข้อมูลทั่วโลก ระหว่างปี ค.ศ. ๒๐๑๔ ถึง ๒๐๑๙ ๘๑% ของการเกิด ทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีทักษะ แต่ยังคงพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างภูมิภาคที่เห็นได้จากแผนภูมิด้านบนถึงความก้าวหน้าในการลดอัตราการตายของมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในแต่ละภูมิภาคยังคงต้องใช้ความพยายามให้มากขึ้นในการลดการตายมารดาทั่วโลกให้ลดลงตามเป้าหมายของ SDGs เป้าหมายที่ ๓.๑.๑ ลดอัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกให้น้อยกว่า ๗๐ ราย ต่อการเกิดที่มีชีวิต ๑๐๐,๐๐๐ คน ภายในปี ๒๕๗๓ ซึ่งภูมิภาคที่มีอัตราการตายมารดาสูงที่สุดคือแอฟริกา ซึ่งมีอัตราการตายมารดาถึง ๕๒๕ รายต่อการเกิดที่มีชีวิต ๑๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมายถึงเจ็ดเท่า

อัตราการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน



ที่มา : World Health Data Platform SDG Target ๓.๑ Maternal mortality ratio (per ๑๐๐ ๐๐๐ live births) ๒๐๒๐,WHO

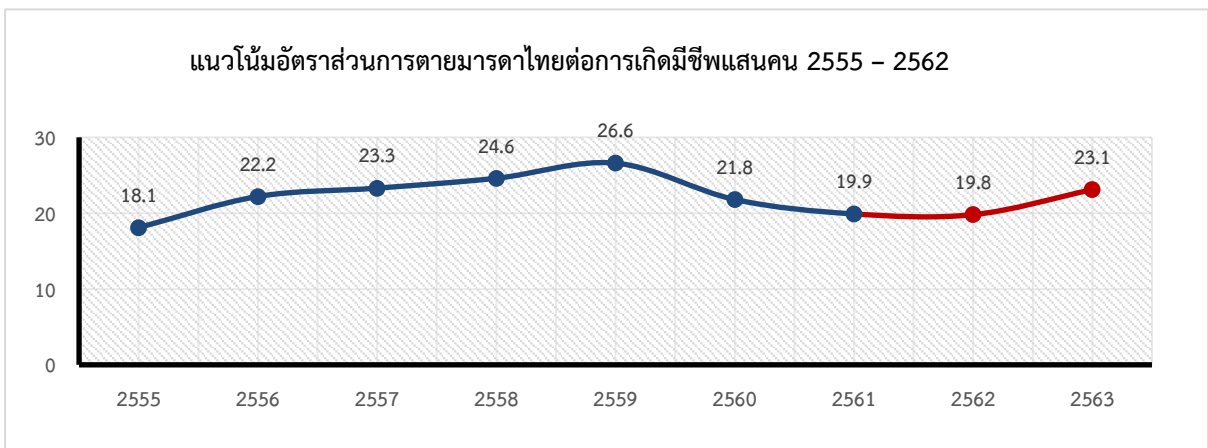
จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.๒๐๒๐ พบการตายมารดาทั่วโลก ๒๑๑ ราย ต่อการเกิดที่มีชีวิต ๑๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งภูมิภาคเอเชียมีการตายมารดาเฉลี่ยอยู่ที่ ๑๕๒ รายต่อการเกิด มีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน เมื่อจัดอันดับตามกลุ่มประเทศสมาชิกเซียว (SEARO) พบว่าประเทศไทยสามารถลดอัตราการตายมารดาได้เป็นอันดับ ๒ (๓๗ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน) รองจากประเทศศรีลังกา (๓๖ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน)



ที่มา: World Health Statistics ๒๐๒๐,WHO

เมื่อเปรียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยกับประเทศในภูมิภาคอาเซียน (ASEN) พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทย (MMR Thailand) ในปี ๒๐๑๗ ต่ำเป็นอันดับ ๔ ของภูมิภาคอาเซียน (ASEN) (๓๗ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน) รองจากประเทศ สิงคโปร์ (๘ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน) มาเลเซีย (๒๙ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน) และ บรูไน (๓๑ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน)

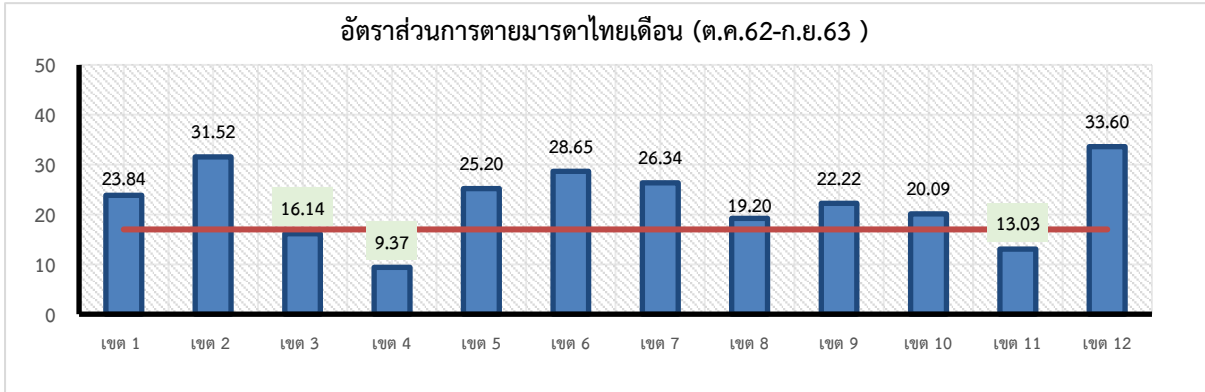
๑.๒ แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทย



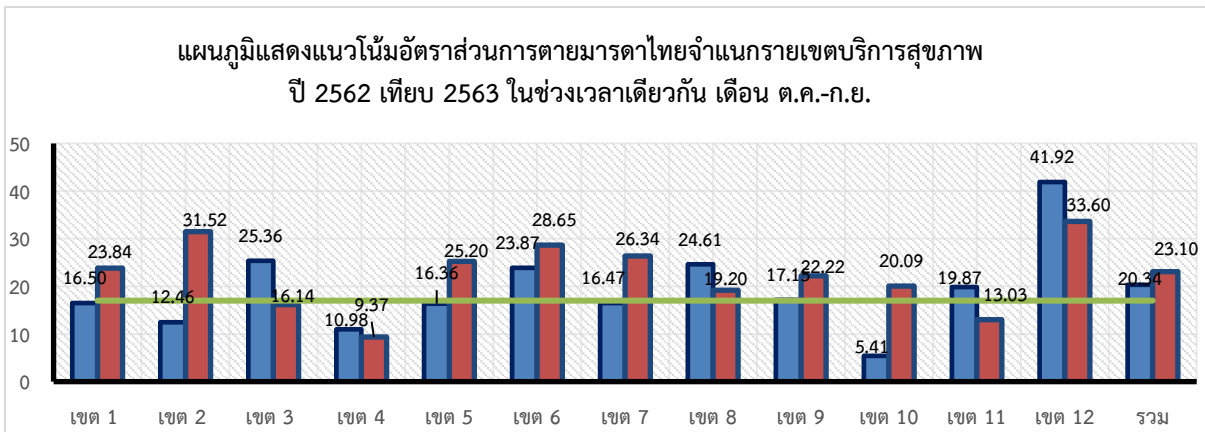
ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)
 จากการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบัน กรมอนามัย จึงได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) ขึ้น เพื่อการรายงานข้อมูลที่แม่นยำและรวดเร็ว และติดตามการดำเนินงานลดเพื่อลดการตายมารดาอย่างเข้มแข็งและจริงจัง จนสามารถเฝ้าระวัง เก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย ส่งผลให้ตั้งแต่ ๒๕๖๐ เป็นต้นมาอัตราส่วนการตายมารดาลดลง และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ถึงแม้ว่าอัตราส่วนการตายมารดาในประเทศไทยจะลดลงอย่างต่อเนื่องแต่ผลการดำเนินงานก็ยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๖๒ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ผลการเฝ้าระวังมารดาตายผ่านระบบเฝ้า

ระวังมารดาตาย (MDSR system) พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ ๒๓.๑๐ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยใน ๒๕๖๓ ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๑.๓ ผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (Trend)



ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)
ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย แสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตสุขภาพพบว่ามีเพียง ๓ เขตเท่านั้นที่อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน ได้แก่เขตสุขภาพที่ ๓ (๑๖.๑๔), ๔ (๙.๓๗) และ ๑๑ (๑๓.๐๓) และเขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด ๓ อันดับแรกได้แก่เขตบริการที่ ๑๒ (๓๓.๖๐), ๒ (๓๑.๕๒), และ ๖ (๒๘.๖๕) (๕) ตามลำดับ (ข้อมูลเดือน (ต.ค.๖๒-ก.ย.๖๓)



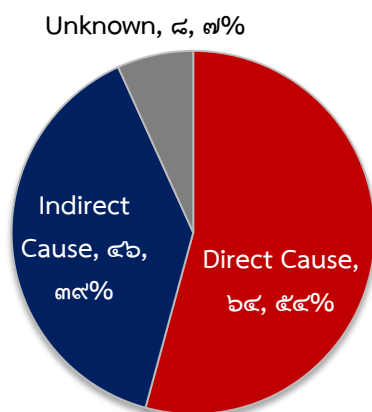
ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)
เมื่อนำผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เปรียบเทียบค่าผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันของปี ๒๕๖๒ พบว่าในภาพรวมประเทศอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา และเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานเป็นรายเขตบริการสุขภาพพบว่าเขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงกว่าผลการดำเนินงานของปีที่ผ่านมาในช่วงเวลาเดียวกันได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ ๑, ๒, ๕, ๖, ๗, ๙ และ ๑๐ ส่วนเขตบริการสุขภาพที่สามารถลดอัตราการตายมารดาลงจากปี

ที่ผ่านมาได้แก่เขตบริการสุขภาพที่ ๓, ๔, ๘, ๑๑ และ ๑๒ แต่อย่างไรก็ตามเขตบริการสุขภาพที่ ๒, ๖ และ ๑๐ กลับมีอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา

๑.๔ ปัจจัยสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดการตายมารดา

กรมอนามัย จำแนกสาเหตุการตายของมารดาแบ่งออกเป็น ๙ กลุ่ม ตาม ICD-MM ขององค์การอนามัยโลก สาเหตุการตายกลุ่มที่ ๑-๖ เป็นสาเหตุทางตรง กลุ่มที่ ๗ เป็นสาเหตุการตายทางอ้อม และกลุ่มที่ ๘ คือสาเหตุที่ไม่สามารถระบุได้ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายมารดาที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการคำนวณอัตราส่วนการตายมารดา ส่วนในกลุ่มที่ ๙ เป็นการตายที่อยู่นอกเหนือจากกลุ่มเป้าหมายตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลกที่จะไม่นำมาใช้คำนวณอัตราส่วนการตายมารดา ซึ่งเป็นสาเหตุการตายมาจากอุบัติเหตุและฆาตกรรม

ร้อยละสาเหตุการตายมารดาทางตรง ทางอ้อม

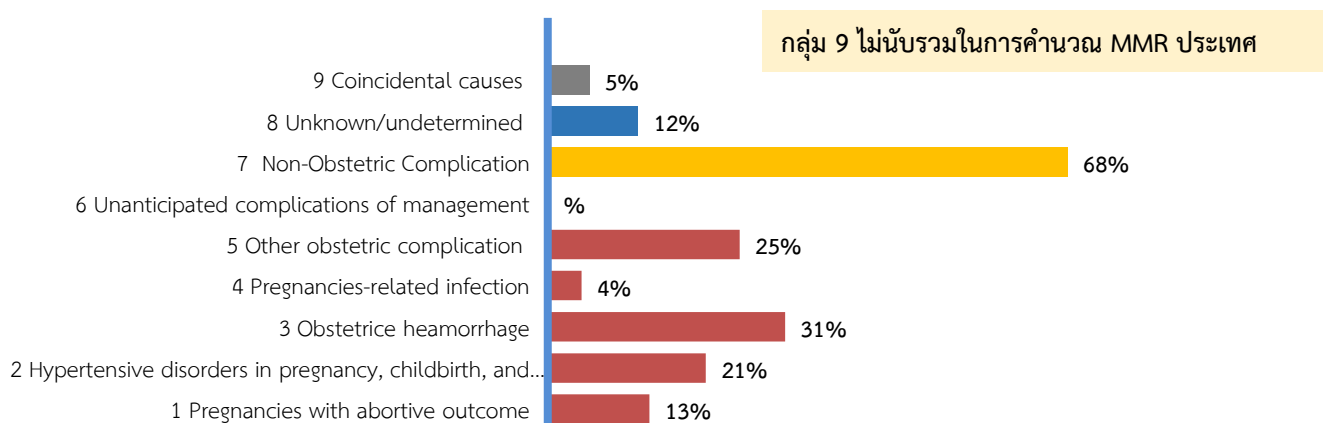


ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

๑.๔.๑ สาเหตุการตายมารดา

จากการศึกษาและวิเคราะห์การวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดาเดือนต.ค.๖๒ - ก.ย.๖๓ พบว่ามีมารดาส่วนใหญ่ตายเนื่องจากสาเหตุทางตรง (กลุ่มที่ ๑-๖) ร้อยละ ๕๔ ตายจากสาเหตุทางอ้อม (กลุ่มที่ ๗) ร้อยละ ๓๙ และตายจากสาเหตุที่ไม่สามารถระบุได้ (กลุ่มที่ ๘) ร้อยละ ๗ สรุปได้ว่าสาเหตุการตายหลักมาจากสาเหตุทางตรง (Direct Cause)

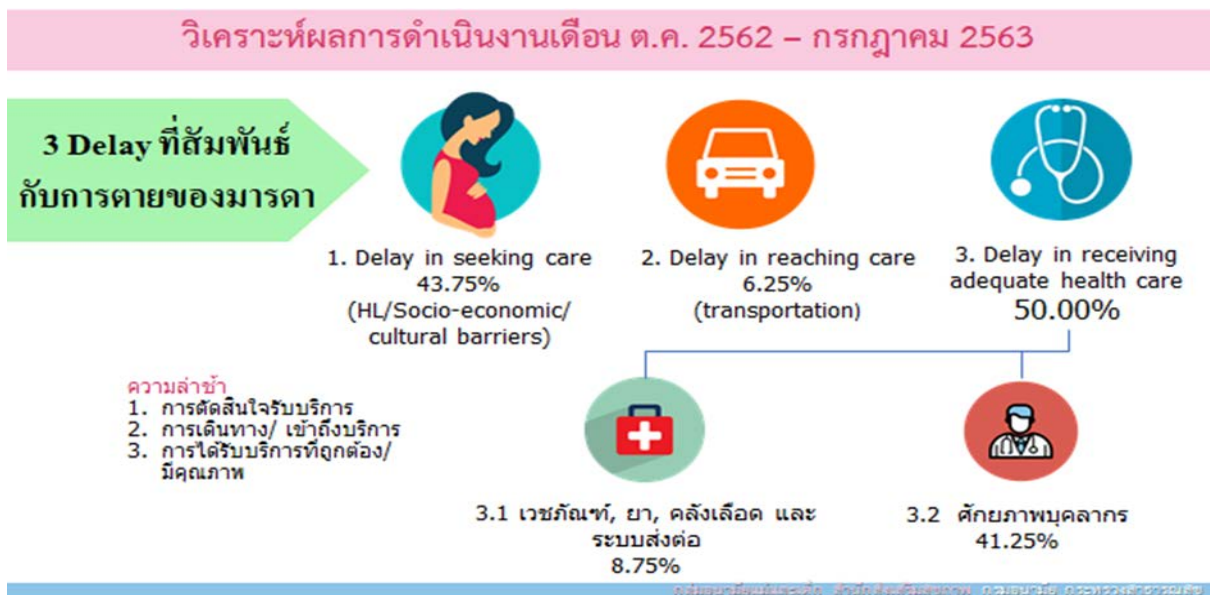
ร้อยละการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM : WHO ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๒ - กันยายน ๒๕๖๓



ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

มารดาส่วนใหญ่ตายเนื่องจากสาเหตุทางตรง และเมื่อพิจารณาสาเหตุการตายทางตรงยังพบว่าการตายมารดาส่วนใหญ่มาจากกลุ่มที่ ๓ คือเลือดออกในระหว่างการตั้งครรภ์ ความผิดปกติของรก ตกเลือด และความผิดปกติอื่นของมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์และระหว่างคลอดเช่น ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดในปอด การฆ่าตัวตาย เป็นต้น สาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) ส่วนใหญ่พบสาเหตุมาจาก มะเร็ง โรคหัวใจ และติดเชื้อ นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านสุขภาพแล้วยังพบอีกหนึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุการตายมารดานั้นคือ อุบัติเหตุ และการฆาตกรรม ซึ่งจากการเก็บข้อมูลผ่านระบบเฝ้าระวังการตายมารดาปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ พบแม่ตายจากอุบัติเหตุ ๗ ราย และฆาตกรรม ๓ ราย

๑.๔.๒ ปัญหาความล่าช้า ๓ ประการ (๓ Delay)



ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

- (๑) ผู้รับบริการ : Delay in seeking care ๔๓.๗๕% (HL/Socio-economic/cultural barriers) ตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า ผากครรภ์ไม่ครบ ๕ ครั้ง และในบางรายไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์เลย อันเนื่องมาจากขาดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ วัฒนธรรม ความเชื่อ
- (๒) ปัจจัยแวดล้อม : Delay in reaching care ๖.๒๕% (transportation) การเดินทาง/การเข้าถึงบริการ ปัญหาการเดินทาง พื้นที่ห่างไกล ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี แรงงานย้ายถิ่น
- (๓) ผู้ให้บริการ Delay in receiving adequate health care ๕๐.๐๐% แบ่งออกเป็น
 - (a) บุคลากร ๔๑.๒๕%: ศักยภาพบุคลากร ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด ความไม่พร้อมของ คลังเลือด คลังยา ที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว
 - (b) เวชภัณฑ์ คลังเลือด คลังยา และระบบส่งต่อ ๘.๗๕% : การตัดสินใจส่งต่อล่าช้า ระบบส่งต่อที่ต้องติดต่อและประสานงานหลายขั้นตอน

มาตรการมุ่งเน้นเพื่อลดการตายมารดา

มาตรการสำคัญ

1. ลดการตายมารดาจากการตกเลือด
2. ลดการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น

วิเคราะห์ประเด็นสถานการณ์การตายมารดาในประเทศไทย (Maternal mortality in Thailand) จากอดีตจนถึงปัจจุบันเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย สุ่มมาตรการระดับประเทศ



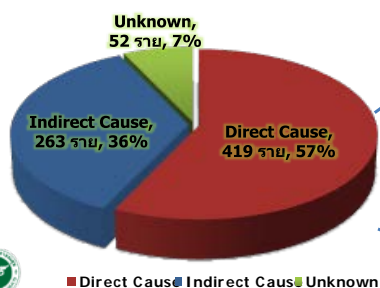
ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (31 ธันวาคม 2563)

การตายมารดาเป็นเครื่องชี้วัดด้านสุขภาพที่สำคัญของโลก ทุกประเทศทั่วโลกมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของโลก ในอีก 15 ปีข้างหน้าต้องลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี 2573 ประเทศไทยโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการตายมารดาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าอัตราการตายมารดาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แต่เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายมารดาตั้งแต่ ปี 2558 จนถึงปัจจุบันพบว่าอัตราการตายมารดาไทยมีแนวโน้มลด (ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา กรมอนามัย; 31 ธันวาคม 2563)

จำนวนมารดาตาย พ.ศ. 2558 – 2563 รวมทั้งสิ้น 734 ราย

ร้อยละสาเหตุการตายมารดา

สาเหตุการตายทางตรง (Direct Cause)

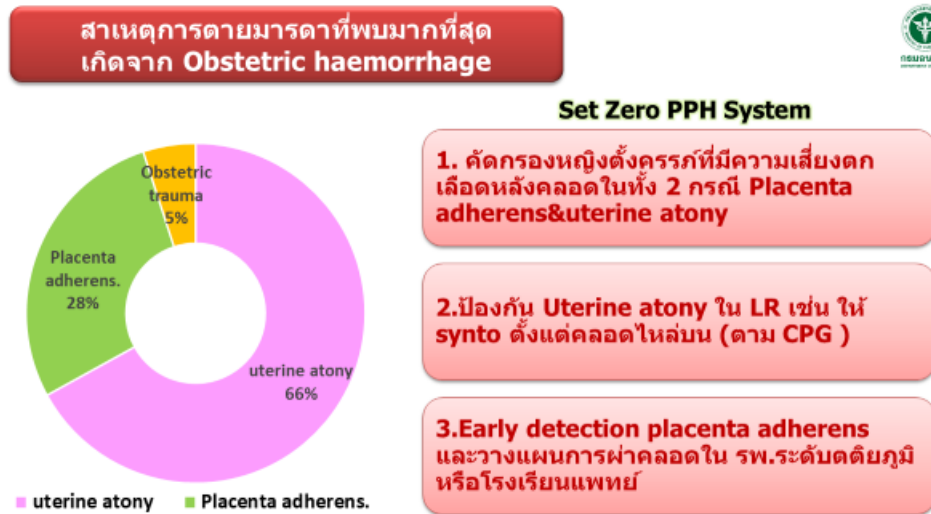


Obstetric hemorrhage	38%
Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium	23%
Pregnancies with abortive outcome	12%
Pregnancies-related infection	5%



■ Direct Cause ■ Indirect Cause ■ Unknown

ผลจากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดา ตั้งแต่ปี 2558 -2563 พบว่าร้อยละ 57 มารดาตายจากสาเหตุทางตรง, ร้อยละ 36 จากสาเหตุทางอ้อม และร้อยละ 7 ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ หากพิจารณาเฉพาะสาเหตุทางตรงจะพบว่าเกิดจากการตกเลือดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23



จากการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายรายบุคคลพบว่าสาเหตุหลักของการตายมารดาจากการตกเลือด ซึ่งเกิดจากการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกไม่หดตัวและที่พบได้บ่อยรองลงมาคือภาวะรกเกาะติดอันมีสาเหตุมาจากการผ่าตัดคลอดซ้ำจากที่เคยผ่าตัดคลอดในการตั้งครรภ์ก่อน ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มพบได้มากขึ้น

จากปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้น ในปี 2564 กรมอนามัยจึงได้กำหนดมาตรการมุ่งเน้นการลดมารดาตายจากการตกเลือดให้เป็นมาตรการสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับประเทศโดยมีข้อเสนอเชิงนโยบายผ่านระบบตรวจราชการในการขับเคลื่อนงาน 4 ประเด็นดังนี้

1. การดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดาเชิงรุก ผ่านระบบเฝ้าระวัง ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา (Maternal Death Surveillance and Response : MDSR System) โดยมีศูนย์อนามัยเขตทำหน้าที่เป็นศูนย์เฝ้าระวังมารดาตายใน 12 เขตสุขภาพ
2. การคัดกรองค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดและมีโอกาสเกิดภาวะรกเกาะติดแน่น มีการวางแผนและเตรียมความพร้อมในการคลอดและดูแลหลังคลอดเป็นรายบุคคล
3. การดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้ระบบบริการพื้นฐานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless service)
4. กำหนดแนวปฏิบัติเพื่อลดการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น โดยความร่วมมือระหว่างกรมอนามัย กรมการแพทย์และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย