

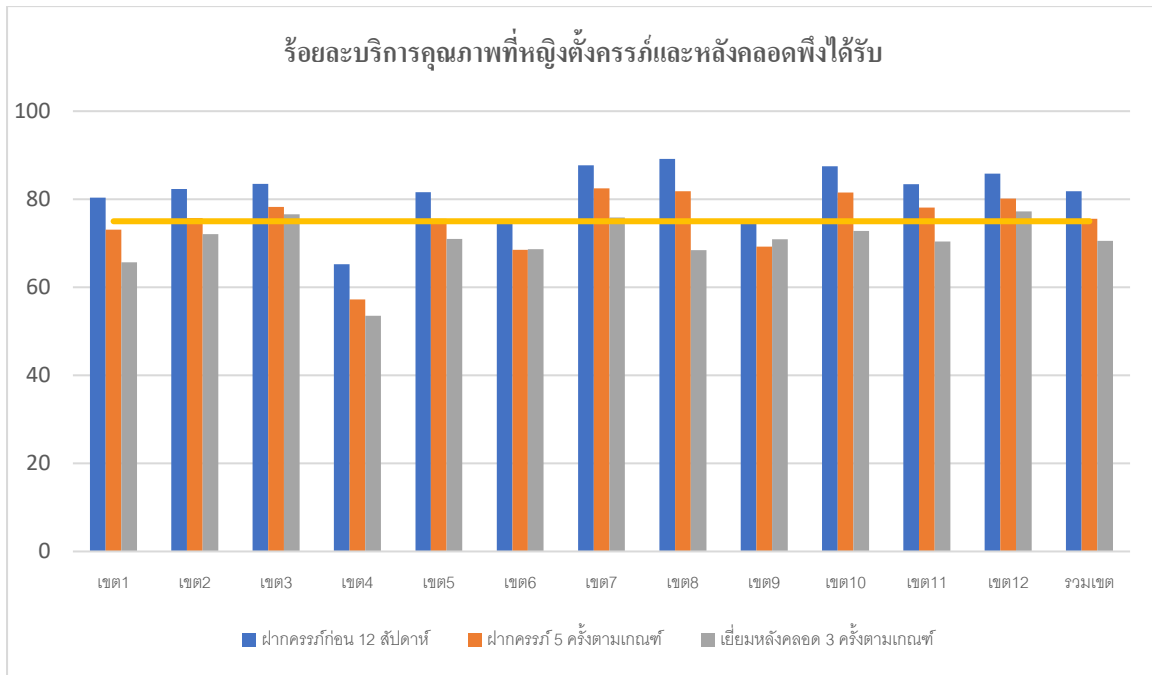
การวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยรอบ 6 เดือนแรก

ประจำปีงบประมาณ 2564

(เดือนตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564)

จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักระบาดวิทยา กรมอนามัย

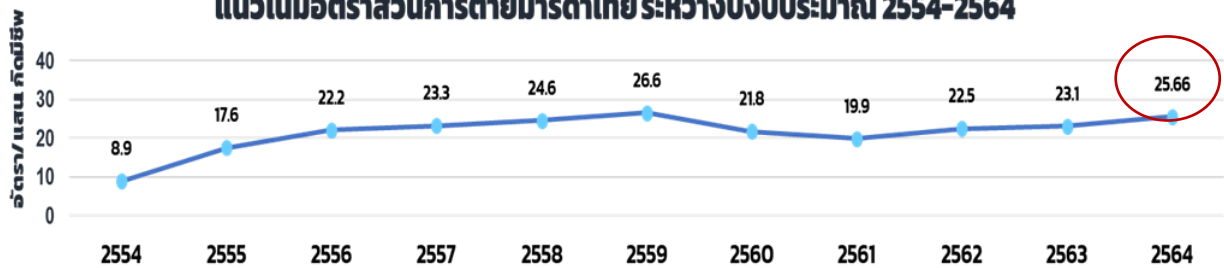
1. วิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยรอบ 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564)



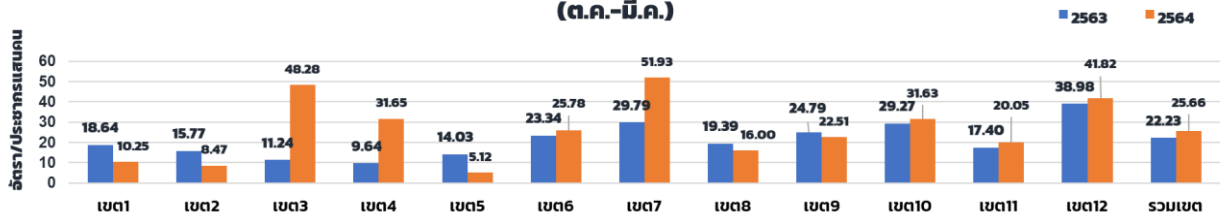
ที่มา : HDC Service, 16 เมษายน 2564

จากระบบเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของสตรีและเด็กปฐมวัย กรมอนามัย ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563-มีนาคม 2564 พบหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ร้อยละ 83.97 หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ร้อยละ 77.10 และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ละ 70.58 และหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 13.94

แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยระหว่างปีงบประมาณ 2554-2564



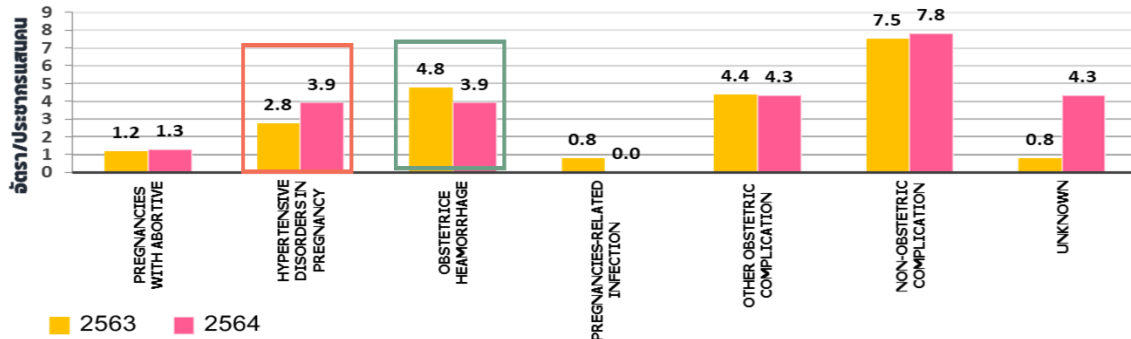
เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยในช่วงเวลาเดียวกันระหว่างปีงบประมาณ 2563 กับ 2564 (ต.ค.-มี.ค.)



ที่มา:ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) ;สำนักส่งเสริมสุขภาพ

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) กรมอนามัย พบว่าอัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย และผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือนแรก (ต.ค.63-มี.ค.64) ในปีงบประมาณ 2564 จากระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR system) พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 25.66 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยใน 2564 ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตสุขภาพพบว่า มีเพียง 4 เขตสุขภาพเท่านั้น ที่มีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคืออัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ได้แก่เขตสุขภาพที่ 1 (10.25), 2 (8.47), 5 (5.12), และ 8 (16.00) เขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่เขตสุขภาพที่ 7 (51.93), 3 (48.28), และ 12 (41.82) ตามลำดับ (ข้อมูลเดือน (ต.ค.63-มี.ค.64) และเมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกับปีที่ผ่านมาพบว่าเขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้นได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 2, 5, 8 และ 9

**เปรียบเทียบอัตราส่วนของสาเหตุการตายมารดาจำแนกตาม ICDMM-WHO
ในช่วงเวลาเดียวกัน ระหว่างปีงบประมาณ 2563และ2564**



ที่มา:ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) ;สำนักส่งเสริมสุขภาพ

จากการตายมารดาทั้งสิ้น 59 รายในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2564 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 25.66 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาพบว่า ร้อยละ 53 ของมารดาตายจากสาเหตุทางตรง ร้อยละ 30 ของมารดาตายมาจากสาเหตุทางอ้อม และร้อยละ 17 ของมารดาตายไม่สามารถระบุสาเหตุได้ แสดงให้เห็นว่าสาเหตุการตายหลักมาจากสาเหตุทางตรงที่เกี่ยวข้องกับสูติกรรม หากพิจารณาเฉพาะการตายที่มีสาเหตุทางตรงจะพบว่าอัตราส่วนการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือดลดลงร้อยละ 18.75 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา แต่อย่างไรก็ตามการลดลงของอัตราการตายมารดาจากการตกเลือดก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ตามมาตรการ “ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุตกเลือดหรือลดลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา” นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราส่วนการตายมารดาจากความดันโลหิตสูงยังพบมากขึ้นถึงร้อยละ 39.28 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา และจากการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายรายบุคคลพบว่าสาเหตุหลักของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง ซึ่งสาเหตุของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากการพัฒนาของรกที่ผิดปกติ ซึ่งสาเหตุการตายนี้ยังสัมพันธ์กับช่วงเวลาการเสียชีวิตของมารดา กล่าวคือร้อยละ 56.25 ของการเสียชีวิตเกิดที่ระยะหลังคลอด นอกจากนี้ยังพบว่าการตายจากการตกเลือดหลังคลอดเกิดจากจากมดลูกไม่หดตัว ภาวะรกเกาะติด อันมีสาเหตุมาจากการผ่าตัดคลอดซ้ำจากที่เคยผ่าตัดคลอดในการตั้งครรภ์ก่อน ซึ่งปัจจุบัน อัตราการการผ่าท้องคลอดมีแนวโน้มพบได้มากขึ้นถึงร้อยละ 38.81 ซึ่งสัมพันธ์กับการตายมารดาในส่วนของวิธีการคลอดโดยพบว่า ร้อย 61.54 ของการตายมารดาเกิดจากการผ่าตัดคลอด นอกจากนี้ยังพบอัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้นเท่ากับ 4.02 ต่อพันการเกิดมีชีพ อัตราทารกเกิดไว้ชีพเท่ากับ 4.08 ต่อพันการเกิดมีชีพ ภาวะขาดอากาศในทารกแรกเกิดร้อยละ 1.61 และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 9.48

จากการกำหนดมาตรการมุ่งเน้นและขับเคลื่อนมาตรการสำคัญในระดับประเทศสู่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ พบปัญหาในภาพรวม ดังนี้

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>1. ขาดการค้นหา คัดกรอง ความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์เชิงรุกที่เข้มแข็ง และขาดการวางแผนและเตรียมความพร้อมในการคลอด</p>	<p>1. พัฒนาระบบค้นหา คัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกโดยใช้โปรแกรมที่มีอยู่ในพื้นที่หรือ โปรแกรม Save mom</p> <p>2. การจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงรายบุคคล เฝ้าระวังความเสี่ยงรายบุคคล กำหนด มาตรการให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์</p> <p>3. วางแผนจัดการความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ วางแผนการคลอดรายบุคคล เพื่อป้องกันการตกเลือด ชัก ชี้ออก ความดันโลหิตสูง สาเหตุทางสูติกรรมที่ป้องกันได้และ ป้องกันการตายจากโรคอายุรกรรม</p>	<p>เร่งดำเนินงานค้นหา คัดกรอง ความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์เชิงรุกผ่านโปรแกรม Save mom หรือโปรแกรมอื่นๆที่พื้นที่มี เช่น ขอนแก่นค้นหา คัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ผ่าน Program ANC High risk /จังหวัดพิจิตร Program All Natal Care / App PPKONE จันทบุรี เป็นต้น</p>
<p>2. การตายที่ระยะหลังคลอด สูง อันเนื่องมาจากขาดระบบ กำกับติดตามเยี่ยมหลังคลอดแบบรายบุคคลที่มีคุณภาพ</p>	<p>1. พัฒนาระบบกำกับ ติดตามดูแลหลังคลอด วางแผนและเตรียมความพร้อมดูแล หลังคลอดเป็นรายบุคคล เน้นดูแลตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูง และ ความรุนแรงทางโรคอายุรกรรมที่อาจทวี ความรุนแรงขึ้นของหญิงหลังคลอด รวมทั้งภาวะซึมเศร้าหลังคลอด</p> <p>2. พัฒนาระบบส่งข้อมูลของผู้ใช้บริการ แบบเชื่อมต่อและบุคคลากร/หน่วยบริการ สามารถดูข้อมูลผู้ให้บริการได้อย่าง ต่อเนื่อง (pink book online)</p> <p>3. การดำเนินงานตามมาตรฐานงาน อนามัยแม่และเด็กและเครือข่ายบริการ</p>	<p>1. เร่งดำเนินงานตาม มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กและเครือข่ายบริการ สุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้ระบบบริการพื้นฐานที่เป็น มาตรฐานเดียวกัน เพื่อการ ดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless service)</p> <p>2. นำร่องใช้งาน pink book online เพื่อการดูแลและส่ง ต่อข้อมูลแบบไร้รอยต่อ</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	<p>สุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้ระบบบริการพื้นฐานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless service)</p>	
<p>3. การทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามกระบวนการของระบบ MDSR system</p>	<p>1. ใฝ่ระวางการตายมารดาเชิงรุก ผ่านระบบใฝ่ระวาง ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา (Maternal Death Surveillance and Response : MDSR System) โดยมีศูนย์อนามัยเขตทำหน้าที่เป็นแกนนำในการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาทุกราย</p> <p>2. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามมาตรการที่ได้จากการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา</p>	<p>76 จังหวัดมีการดำเนินงานตามระบบใฝ่ระวาง ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา (Maternal Death Surveillance and Response : MDSR System)</p>
<p>4. อัตราการผ่าคลอดยังคงสูงขึ้น/การผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น</p>	<p>นโยบายลดการผ่าคลอดโดยไม่จำเป็น</p>	<p>กำหนดแนวปฏิบัติเพื่อลดการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น โดยความร่วมมือระหว่างกรมอนามัย กรมการแพทย์และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย</p>
<p>อัตราส่วนการตายมารดาจากโรคอายุรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น</p>	<p>1. ส่งเสริมการจัดบริการคุณภาพ ด้านงานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านกลไกการบูรณาการคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) และระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทุกระดับโดย</p> <p>- ปรับโครงสร้างคณะกรรมการและบทบาทการทำงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการเชื่อมต่อบริการสุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ในหลายพื้นที่มีระบบส่งต่อเพื่อการให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในกรณีป่วยอายุรกรรมรุนแรงที่สามารถตั้งครร์ได้และที่ไม่แนะนำให้ตั้งครร์

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
	<p>ตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค รักษา และฟื้นฟู ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควบคุม กำกับ ติดตามการจัดบริการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก - สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรด้านสูติกรรมดำเนินการตาม CPG กลางของจังหวัด <p>2. ประสานความร่วมมือในการการดูแลหญิงตั้งครรภ์ร่วมกันระหว่างอายุรแพทย์และสูติแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● High risk /very High risk เน้นคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน NCD รวมถึงโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ และมีระบบจัดการความเสี่ยงนั้น ● เน้นการดูแลร่วมสหสาขาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมรุนแรง ● การให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในกรณีป่วยอายุรกรรมรุนแรงที่สามารถตั้งครรภ์ได้ และที่ไม่แนะนำให้ตั้งครรภ์ หากสามารถตั้งครรภ์ได้ต้องอยู่ในการดูแลของอายุรแพทย์และสูติแพทย์อย่างใกล้ชิด รวมถึงมีระบบการกำกับติดตาม และส่งต่อผู้รับบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ป่วยอายุรกรรมแบบรายบุคคลและอยู่ในการดูแลของอายุรแพทย์และสูติแพทย์อย่างใกล้ชิด รวมถึงมีระบบการกำกับติดตาม และส่งต่อผู้รับบริการ

2. ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

1. ทักษะการคัดกรองความเสี่ยงที่ ANC : คำนไม่เจอ จัดการไม่ได้
2. การส่งต่อเพื่อการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคอายุรกรรม เช่น อายุรกรรมรุนแรงไม่ควรตั้งครรภ์/หญิงตั้งครรภ์ป่วยอายุรกรรมที่มาฝากครรภ์ต้องพบแพทย์อายุรกรรมทุกราย
3. ในภาพรวมการตายมารดาอาจมาจาก 3 Delay (1) การตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay in seeking care) หรือไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์เลย อันเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ (2) การเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) พื้นที่ห่างไกล ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี (transportation) (3) การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ศักยภาพบุคลากร การโยกย้ายบุคลากร เวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด

3. ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

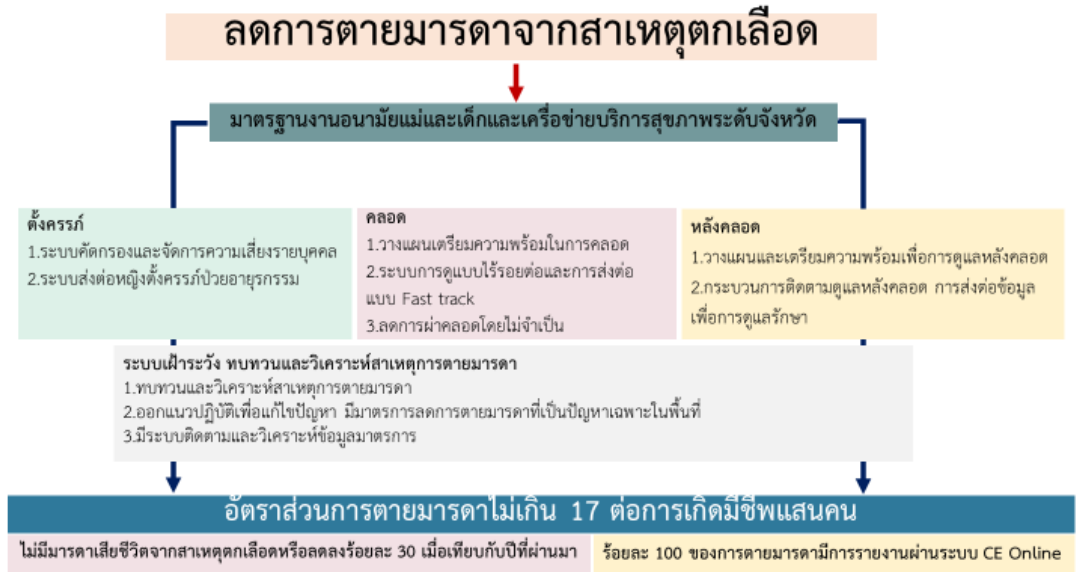
1. การดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดาเชิงรุก ผ่านระบบเฝ้าระวัง ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา (Maternal Death Surveillance and Response : MDSR System) โดยมีศูนย์อนามัยเขตทำหน้าที่เป็นศูนย์เฝ้าระวังมารดาตายใน 12 เขตสุขภาพ
2. ค้นหา คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ได้แก่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดและมีโอกาสเกิดภาวะรกเกาะติดแน่น เสี่ยงจากโรคอายุรกรรม พร้อมทั้งมีการวางแผนและเตรียมความพร้อมในการคลอด
3. พัฒนาระบบกำกับ ติดตามดูแลหลังคลอด วางแผนและเตรียมความพร้อมดูแลหลังคลอดเป็นรายบุคคล เน้นดูแลตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูง และความรุนแรงทางโรคอายุรกรรมที่อาจทวีความรุนแรงขึ้นของหญิงหลังคลอด รวมทั้งภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
4. การดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้ระบบบริการพื้นฐานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless service)
5. ลดการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น

4. ปัจจัยความสำเร็จ

1. ตัวชี้วัดระดับสากล ตัวชี้วัดระดับประเทศ ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ
2. มีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังมารดาตายเพื่อปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR : Maternal Death Surveillance and Response) ในการวิเคราะห์และทบทวนสาเหตุการตายมารดา ปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหา ในระดับเขต จังหวัด และถ่ายทอดมาตรการสู่การดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง เข้มข้น และต่อเนื่องทั้งระบบ

5. ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

ประเด็นมุ่งเน้นรอบ 6 เดือนหลัง (เม.ย.-ก.ย.64)



1. การเฝ้าระวังการตายมารดาผ่านระบบเฝ้าระวังทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา (Maternal Death Surveillance and Response : MDSR System)
 - ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายและลงข้อมูลสาเหตุการตายในระบบ CE-Online ทุกรายตามระยะเวลาที่กำหนด
 - การติดตามผลการดำเนินงานตามมาตรการ
2. มาตรการและผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาจากการตกเลือดและความดันโลหิตสูง
3. การดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก (โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก)
4. การส่งต่อเพื่อการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคอายุรกรรมเพื่อลดการตายมารดาจากโรคอายุรกรรม เช่น อายุรกรรมรุนแรงไม่ควรตั้งครรภ์/หญิงตั้งครรภ์ป่วยอายุรกรรมที่มาฝากครรภ์ต้องพบแพทย์อายุรกรรมทุกราย

ผู้รายงานสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
วัน/เดือน/ปี 7 พฤษภาคม 2564