

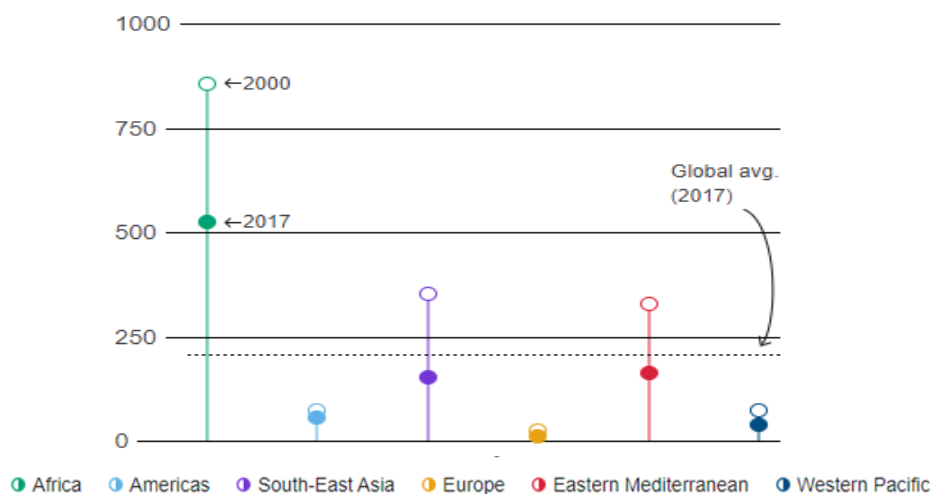
การวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทย ประจำปีงบประมาณ 2564
จากระบบเฝ้าระวังมารดาตาย
(MDSR system : Thailand Maternal Death Surveillance and Response)
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

บทนำ

การตายของมารดามีผลกระทบต่อการพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal mortality ratio, MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ทุกประเทศทั่วโลกมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของโลกในอีก ๑๕ ปีข้างหน้าต้องลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า ๗๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี ๒๕๗๓

การเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาจากทุกทวีปทั่วโลก (Compare)

Maternal mortality ratio, per 100 000 live births



จากรายงานสถิติสุขภาพโลกประจำปี ค.ศ.๒๐๒๐ (World Health Statistics monitoring health of the SDG ๒๐๒๐,WHO) พบว่าการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีผลมาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คลอด จนถึงหลังการตั้งครรภ์ อันสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันทั่วโลกในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ จากข้อมูลทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. ๒๐๑๔ ถึง ๒๐๑๙ ๘๑% ของการเกิด ทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีทักษะ แต่ยังคงพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างภูมิภาคที่เห็นได้จากแผนภูมิด้านบนถึงความก้าวหน้าในการลดอัตราการตายของมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในแต่ละภูมิภาคยังคงต้องใช้ความพยายามให้มากขึ้นในการลดการตายมารดาทั่วโลกให้ลดลงตามเป้าหมายของ SDGs เป้าหมายที่ ๓.๑.๑ ลดอัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกให้น้อยกว่า ๗๐ ราย ต่อการเกิดที่มีชีวิต ๑๐๐,๐๐๐ คน ภายในปี ๒๕๗๓

ซึ่งภูมิภาคที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงที่สุดคือแอฟริกา ซึ่งมีอัตราส่วนการตายมารดาถึง ๕๒๕ รายต่อการเกิดมีชีวิต ๑๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมายถึงเจ็ดเท่า ส่วนในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบหมายให้กรมอนามัย เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดา กรมอนามัยจึงได้มีการดำเนินงานเพื่อลดอัตราส่วนการตายมารดาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดการตายมารดาได้ตามค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)

สถานการณ์การตายมารดาไทย

ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้จัดทำระบบเฝ้าระวังการตายมารดาขึ้น เพื่อใช้กำกับติดตามสถานการณ์และการดำเนินงานลดการตายมารดาแบบรายเดือน ทำให้สำนักส่งเสริมสุขภาพมีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อการเฝ้าระวังสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงทีในการออกมาตรการเพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ด้วยระบบรายงานข้อมูลที่แม่นยำและรวดเร็วนี้ สำนักส่งเสริมสุขภาพจึงสามารถดำเนินงานลดการตายมารดาอย่างเข้มแข็งและจริงจังและได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) จนสามารถเฝ้าระวังเก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย ทำให้ในปีงบประมาณ 2563 สำนักส่งเสริมสุขภาพจึงได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านสตรีและเด็กปฐมวัยเพิ่มเติมจนสามารถทำให้สำนักส่งเสริมสุขภาพมีข้อมูลผลการดำเนินงานที่รวดเร็ว แม่นยำ และสามารถใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหารและภาคีเครือข่ายเพื่อนำไปใช้วางแผนนโยบาย มาตรการและแผนพัฒนางานได้ทันท่วงที

ตัวชี้วัดระบบเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านสตรีและเด็กปฐมวัย

กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย								
รายการ	ความถี่	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ผลงานเทียบเป้าหมาย
			ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย	ทุกเดือน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	21.8	19.9	22.5	22.9	36.9	●
2. อัตราทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirth)	3 เดือน		NA	4.3/1000	4.5/1000	4.4/1000	4.5/1000	●
3. อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate : NMR)	3 เดือน	ไม่เกิน 3.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน	4.5/1000	4.6/1000	4.5/1000	4.2/1000	4.7/1000	●
4. อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น (Early Neonatal Mortality Rate : ENMR)	3 เดือน	-	NA	4.1/1000	4.1/1000	3.9/1000	4.3/1000	●
5. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์	3 เดือน	ร้อยละ 75 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์	53.77	58.42	70.15	75.00	73.8	●
6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	3 เดือน	ร้อยละ 75	66.71	70.86	80.28	87.24	81.5	●
7. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์	3 เดือน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	51.8	53.34	65.04	68.49	71.01	●
8. อัตราตายทารกอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ปี	3 เดือน	-	8.1/1000	7.2/1000	6.9/1000	6.2/1000	6.8/1000	●
9. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	3 เดือน	ไม่เกินร้อยละ 7	NA	10.7	9.9	9.5	9.8	●

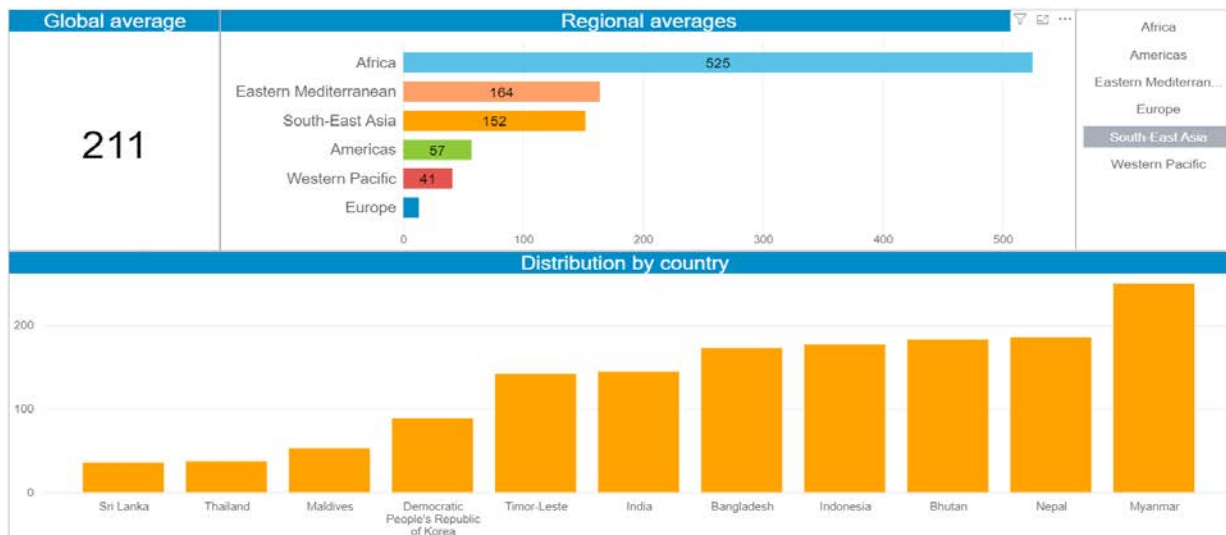
● = ไม่ผ่านเป้าหมาย ● = ผ่านเป้าหมาย

ณ 30 กันยายน 2564

หมายเหตุ : ข้อมูลปี 2563-2564 เป็นข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

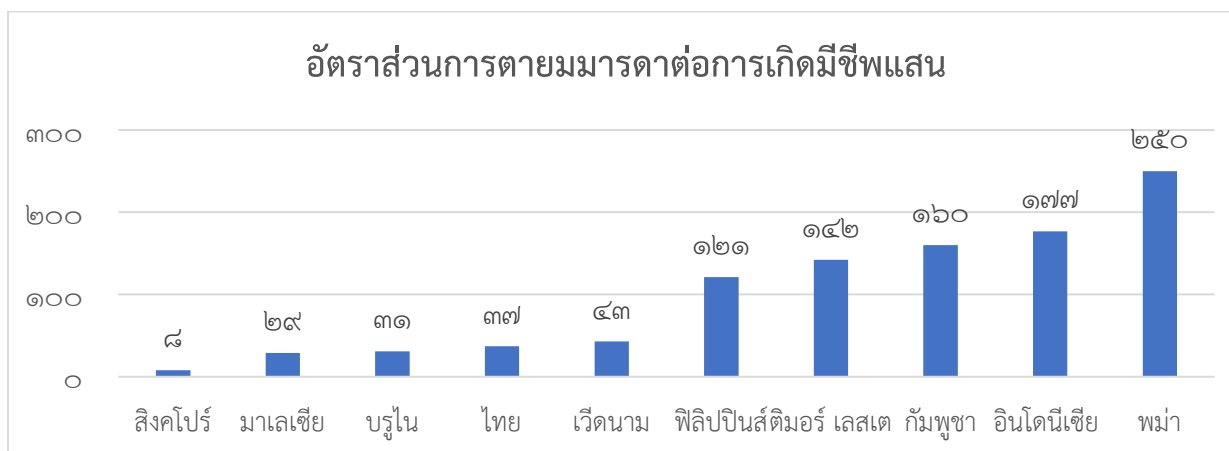
จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.๒๐๒๐ พบการตายมารดาทั่วโลก ๒๑๑ ราย ต่อการเกิดที่มีชีวิตแสนคน ซึ่งภูมิภาคเอเชียมีการตายมารดาเฉลี่ยอยู่ที่ ๑๕๒ รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อจัดอันดับตามกลุ่มประเทศสมาชิกซีเอโร (SEARO) พบว่าประเทศไทยมีการตายมารดาเป็นอันดับ ๒ โดยอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยอยู่ที่ ๓๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ รองจากประเทศศรีลังกา (ต่อแสนการเกิดมีชีพ)

เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาตามกลุ่มประเทศสมาชิกซีเอโร (SEARO)



ที่มา: World Health Statistics ๒๐๒๐,WHO

และเมื่อเปรียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยกับประเทศในภูมิภาคอาเซียน (ASEN) พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาไทย (MMR Thailand) ในปี ๒๐๑๗ ต่ำเป็นอันดับ ๔ ของภูมิภาคอาเซียน (ASEN) (๓๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ) รองจากประเทศ สิงคโปร์ (๘ ต่อแสนการเกิดมีชีพ) มาเลเซีย (๒๙ ต่อแสนการเกิดมีชีพ) และ บรูไน (๓๑ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)

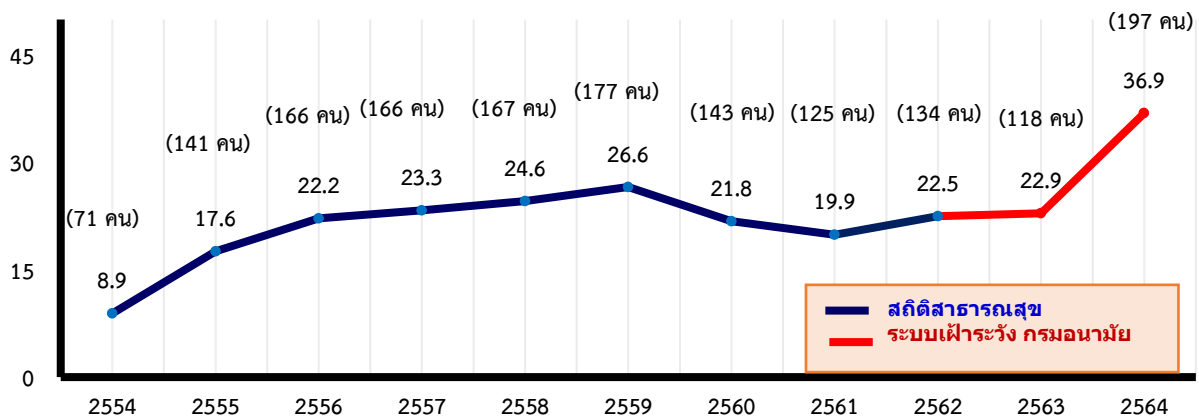


ที่มา: World Health Statistics 2020,WHO

ผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังมรตตาย : MDSR System

จากการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบันกรมอนามัยสามารถจัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย ส่งผลให้ตั้งแต่ ๒๕๖๐ เป็นต้นมา อัตราส่วนการตายมารดาลดลงและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องและสามารถลดได้ต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของโลกในอีก ๑๕ ปี ข้างหน้า ซึ่งทุกประเทศทั่วโลกต้องลดอัตราการตายมารดาให้ต่ำกว่า ๗๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี ๒๕๗๓ ถึงแม้้อัตราส่วนการตายมารดาในประเทศจะลดลงอย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาตามค่าเป้าหมายของโลก แต่ผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาของประเทศไทยก็ยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๓๖.๙ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

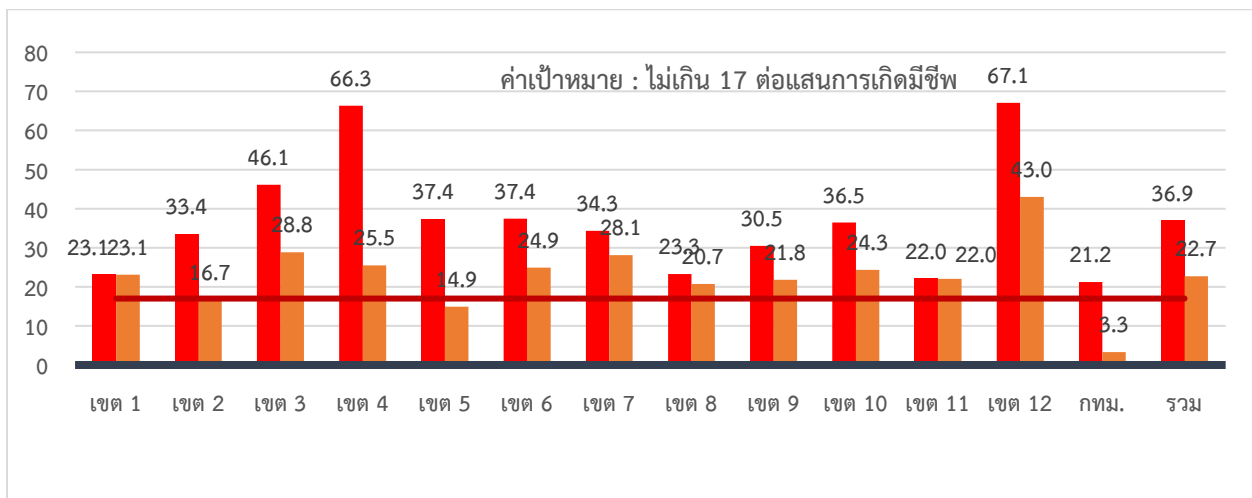
แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๕๔-๒๕๖๔



ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔ (ข้อมูลการตายมารดาเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ และ กทม.)

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย แสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตสุขภาพพบมารดาตายจากทุกสาเหตุจำนวน 197 คน (ต.ค.63-ก.ย.64) คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 36.9 ต่อแสนการเกิดมีชีพ เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตสุขภาพพบว่าเขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่เขตสุขภาพที่ 12 (67.1), 4 (66.3), และ 3 (46.1) ตามลำดับ และหากพิจารณาเฉพาะสาเหตุการตายมารดาที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า มารดาตายจากสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 มีจำนวนทั้งสิ้น 121 คน คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 22.7 โดยเขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12 (43.0), 3 (28.8) และ 7 (28.1) ตามลำดับ

อัตราส่วนการตายมารดาจำแนกรายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
(ต.ค.๖๓-ก.ย.๖๔)

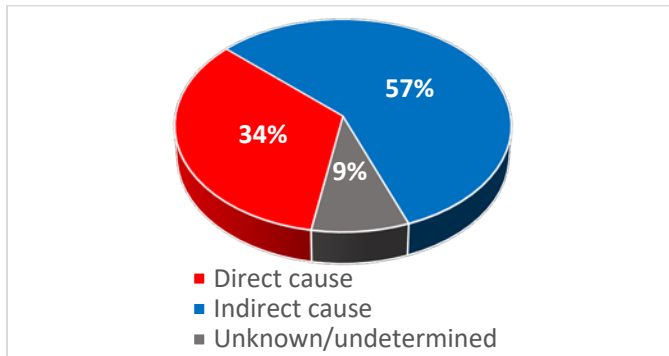


ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔ (ข้อมูลการตายมารดาเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ และ กทม.)

สาเหตุการตายมารดาไทย ตุลาคม-กันยายน 2564

จากการตายมารดาทั้งสิ้น 197 คน อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 36.9 ต่อแสนการเกิดมีชีพ เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาพบว่าร้อยละ 34 ของมารดาตายจากสาเหตุทางตรง ร้อยละ 57 ของมารดาตายมาจากสาเหตุทางอ้อม และร้อยละ 9 ของมารดาตายไม่สามารถระบุสาเหตุได้ แสดงให้เห็นว่าสาเหตุการตายหลักมาจากสาเหตุทางอ้อมที่ไม่เกี่ยวข้องข้องกับสูติกรรม

ร้อยละสาเหตุการตายมารดา ตุลาคม-กันยายน 2564



มารดาตาย

197 คน

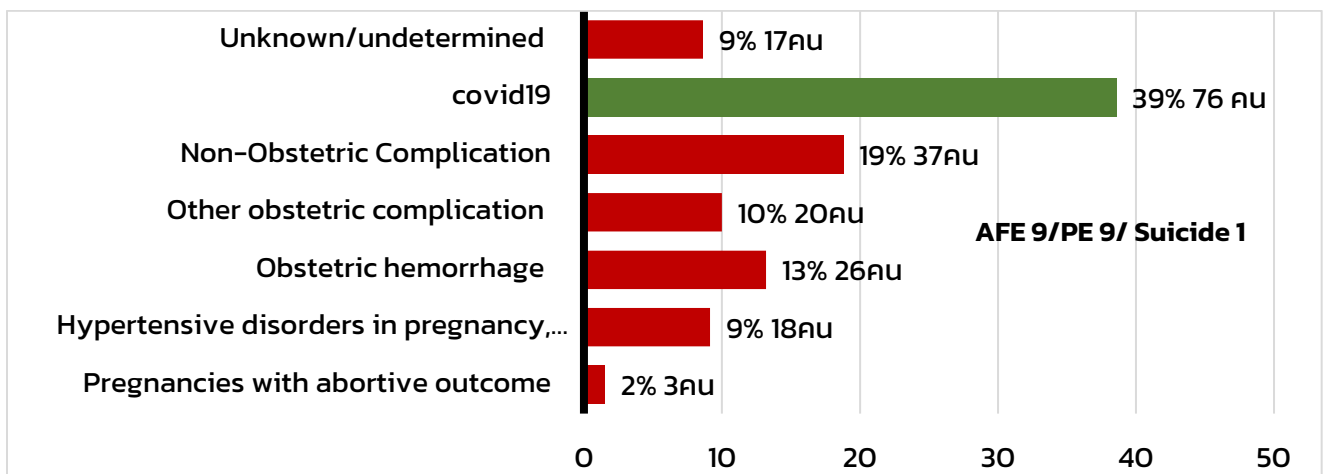
อัตราส่วนการตายมารดา
ตุลาคม 63 – กันยายน 64

36.9 แสนการเกิดมีชีพ

ที่มา:ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) ;สำนักส่งเสริมสุขภาพ ; ณ วันที่ 30 ตุลาคม 64

หากพิจารณาเฉพาะการตายที่มีสาเหตุทางตรงจะพบว่าร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือดในปีงบประมาณ 2564 เท่ากับ 13 และเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมาพบว่าร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือดลดลงร้อยละ 28 แต่อย่างไรก็ตามการลดลงของสาเหตุการตายมารดาจากการตกเลือดก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ตามมาตรการคือ “ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุตกเลือดหรือลดลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา” และยังพบว่าการตายจากสาเหตุทางอ้อมอันดับแรกมาจากการติดเชื้อโควิด 19 ถึงร้อยละ 39 ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของมารดาที่สูงที่สุดจากสาเหตุการตายทั้งหมด

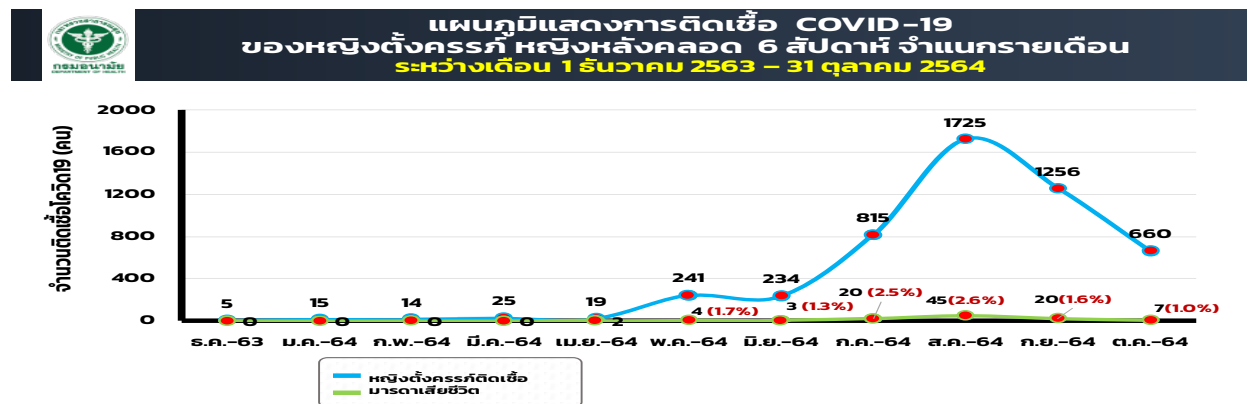
ร้อยละสาเหตุการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM เดือน ต.ค.63-ก.ย.64



ที่มา:ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) ; สำนักส่งเสริมสุขภาพ ณ วันที่ 30 ตุลาคม 64

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ โควิด 19 ในประเทศไทย

จากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ โควิด 19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ได้ระบาด ในประเทศไทยตั้งแต่ต้นปี 2563 และทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของประชาชน หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงเมื่อติดเชื้อเช่นเดียวกับกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสียชีวิตสูง การระบาดของเชื้อโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ต้องใช้ความระมัดระวังตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเป็นอย่างมาก นอกจากนี้การระบาดของเชื้อโควิด 19 ที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการสุขภาพและการเข้ารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 และภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นในการไปปฏิบัติงานเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 และในสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด 19 ระลอก 3 ตั้งแต่ช่วงปลายปี 2563 จนถึงปัจจุบัน ได้มีจำนวนประชากรติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และทารกแรกเกิด ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563 – 31 ตุลาคม 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อจำนวน 5009 คน และทารกติดเชื้อ จำนวน 290 คน ส่งผลให้มีมารดาเสียชีวิตจากการติดเชื้อสะสม 101 ราย และทารกเสียชีวิตสะสม 47 ราย (ที่มา : ระบบรายงานการติดเชื้อ COVID-19 กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, ระหว่างเดือน 1 ธันวาคม 2563 – 23 ตุลาคม 2564)



สถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และทารกแรกเกิด ระหว่างเดือน 1 เมษายน – 23 ตุลาคม 2564

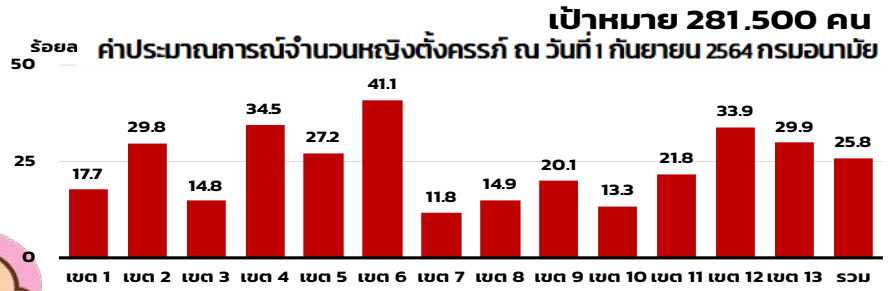
ผู้ติดเชื้อ 4,943 ราย	คนไทย 3,391 ราย	กรุงเทพมหานคร 799
	คนต่างด้าว 1,552 ราย	สมุทรสาคร 636
การกักตัว 230 ราย	ผู้ติดเชื้อเคยรับวัคซีน 241 ราย	นราธิวาส 300
		ตาก 230
มารดาเสียชีวิต 101 ราย • คนไทย 80 ราย • คนต่างด้าว 14 ราย • ไม่ระบุสัญชาติ 7 ราย	การเสียชีวิต 47 ราย • Stillbirths 29 ราย • ENND 18 ราย	ยะลา 195
		สมุทรปราการ 190
		สงขลา 168
สตรีมีครรภ์ได้รับวัคซีนสะสม		ปทุมธานี 154
เข็มที่ 1 74,539 ราย	เข็มที่ 2 53,598 ราย	พระนครศรีอยุธยา 128
	เข็มที่ 3 577 ราย	ปัตตานี 115
		จังหวัดติดเชื้อสูงสุด
		คลอดแล้ว 2,805 (คน) ร้อยละ 56.75
		ผ่าตัดคลอด 1,487 ร้อยละ 53.01
		คลอดทางช่องคลอด 1,318 ร้อยละ 46.99
		แม่ตาย 101 ร้อยละ 2.04

ปัญหาสำคัญที่ทำให้งานลดการตายมารดาไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากการทบทวนและวิเคราะห์การตายมารดาพบปัญหาสำคัญที่ทำให้งานลดการตายมารดาไม่บรรลุเป้าหมายได้แก่การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการติดเชื้อและการตายอันเนื่องมาจากการติดเชื้อฯ เพิ่มมากขึ้น และการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้น นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดโรค COVID-19 มีความเสี่ยงที่โรคจะรุนแรงกว่าคนทั่วไป มีโอกาสต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive care unit, ICU) เพิ่มขึ้น 3 เท่า การใช้เครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilation) เพิ่มขึ้น 2.9 เท่า การติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มความเสี่ยงต่อผลการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ เลือดแข็งตัวผิดปกติ กระตุ้นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม (เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง) ให้มีความรุนแรงมากขึ้น คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ มีโอกาสเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า และน้ำหนักตัวน้อยเพิ่มขึ้น 9 เท่า เมื่อเทียบกับทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ไม่ติดเชื้อส่งผลให้การตายมารดาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบบริการได้ยากและล่าช้า โดยเฉพาะในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ห้องคลอดหลายๆแห่งต้องปิดให้บริการเนื่องจากการติดเชื้อของบุคลากร หรือแม้กระทั่งจำนวนเตียงที่ไม่เพียงพอทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเข้ารับบริการได้ จึงต้องมีการเคลื่อนย้ายหญิงตั้งครรภ์กลับ รพ ภูมิภาคโดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เดินทางกลับ รพ ภูมิภาคหลังจากการติดเชื้อนั้นเสียชีวิตถึง 14 คน จากปัญหาการติดเชื้อดังกล่าว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มคุณแม่ตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องให้ความสำคัญในการป้องกันดูแลเป็นพิเศษ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญจึงได้ขับเคลื่อนให้หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่ต้องได้รับวัคซีนก่อน (608) แต่ก็ยังพบปัญหาความครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ในหญิงตั้งครรภ์ อันเนื่องมาจากการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนของหญิงตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่กังวลเรื่องความปลอดภัยของวัคซีน และประสิทธิภาพของวัคซีน โดยหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ห่างไกลกังวลด้านความปลอดภัยมากกว่าเมื่อเทียบกับชุมชนเมืองที่กังวลด้านประสิทธิภาพ ขาดความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวัคซีนที่มีการจัดสรรในปัจจุบัน ไม่มั่นใจในสูตรไขว้ SV+AZ รววัคซีนชนิดอื่น ความเชื่อ วัฒนธรรม อิทธิพลของบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ญาติชาวในแง่ลบเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีนทางสื่อสังคมออนไลน์ ขาดความตระหนัก คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงและมีโอกาสติดเชื้อน้อย นอกจากนี้ปัญหาที่เกี่ยวกับความกังวลของประชาชนแล้วยังพบปัญหาด้านผู้ให้บริการเช่น วัคซีนไม่เพียงพอ การกระจายวัคซีนให้กลุ่ม 608 ไม่ครอบคลุม หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถลงทะเบียนผ่าน APPLICATION ต่างๆได้ และในหลายพื้นที่ยังไม่รับ WALK IN การให้บริการยังไม่เป็น ONE STOP SERVICE รวมทั้งบุคลากรบางส่วนยังขาดความเชื่อมั่นในวัคซีนอีกด้วย

ผลการดำเนินงานหลังการรณรงค์ฉีดวัคซีนในสตรีตั้งครรภ์

วันที่ 13 ตุลาคม 2564



ได้รับวัคซีนสะสม ณ 28 ตุลาคม 2564

เข็มที่ 1
78,770 ราย

เข็มที่ 2
57,598 ราย

เข็มที่ 3
770 ราย



ข้อมูล: MOPH IC

สำนักส่งเสริมสุขภาพ ณ วันที่ 30 ตุลาคม 64

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป : มาตรการดำเนินงานในการแก้ปัญหาเพื่อลดการตายมารดา

1. ประเด็นมุ่งเน้น

 **ประเด็นมุ่งเน้น ปี 2565**
เพื่อขับเคลื่อนดำเนินงานลดการตายมารดาและการก

1. อัตราป่วยตายของมารดาจากการติดเชื้อโควิด 19 ไม่เกินร้อยละ 1.55

- จัดวัคซีนโควิด 19 เชิงรุก
- จัดบริการแบบ ONE STOP SERVICE ณ คลินิกฝากครรภ์สำหรับการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19
- ร้อยละ 70 ของการตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19
- ส่งเสริม สื่อสาร รณรงค์การฉีดวัคซีนโควิด 19 เน้นประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ และอาการไม่พึงประสงค์ แก่หญิงตั้งครรภ์

2. การตายจากสาเหตุตกเลือด ลดลงไม่น้อยกว่า 1 ใน 5

- มีมาตรการและแนวทางการดำเนินงาน
- มีระบบคัดกรองและจัดการความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด
- จัดระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและภาวะวิกฤต เป็นเครือข่ายระดับจังหวัด โดยจัด Zoning สุติแพทย์ และจัดระบบบริหารจัดการ เวชภัณฑ์ยา คลังเลือดภายในเครือข่าย

ตัวชี้วัด	ลดการตายมารดาจากการตกเลือด			
	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
เป้าหมาย	ลดลงไม่น้อยกว่า 1 ใน 5	ลดลงไม่น้อยกว่า 2 ใน 5	ลดลงไม่น้อยกว่า 3 ใน 5	ไม่มีแม่ตายจากตกเลือด

3. ลดการตายการกปริกำเนิด (อยู่ระหว่างพิจารณา)

- พัฒนาระบบฐานข้อมูลการคลอด การป่วย การตาย มารดาและการก
- ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายการกปริกำเนิด ในพื้นที่นำร่อง

1.1 ลดการตายมารดาจากการติดเชื้อโควิด 19

- เร่งสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแก่หญิงตั้งครรภ์ ฉีดวัคซีนโควิด 19 เชิงรุกแก่หญิงตั้งครรภ์
- จัดให้มีการจัดบริการแบบ ONE STOP SERVICE ณ คลินิกฝากครรภ์สำหรับการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 แก่หญิงตั้งครรภ์
- ร้อยละ 70 ของการตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19
- สนับสนุนสื่อ ส่งเสริมสื่อสาร/รณรงค์การฉีดวัคซีนโควิด 19 แก่หญิงตั้งครรภ์ เน้นประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ และอาการไม่พึงประสงค์แก่หญิงตั้งครรภ์

1.2 ลดการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด

แผนระยะสั้น พ.ศ.2565-2568

ตัวชี้วัด	ลดการตายมารดาจากการตกเลือด			
	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
เป้าหมาย	ลดลงไม่น้อยกว่า 1 ใน 5	ลดลงไม่น้อยกว่า 2 ใน 5	ลดลงไม่น้อยกว่า 3 ใน 5	ไม่มีแม่ตายจากตกเลือด

- มีมาตรการ แนวทางการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาจากการตกเลือด

- คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดในทั้ง 2 กรณี Placenta adherens & uterine atony
- ป้องกัน Uterine atony ใน LR
- Early detection ในราย placenta adherens และวางแผนการผ่าคลอดใน รพ.ระดับตติยภูมิหรือโรงเรียนแพทย์
- จัดระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและกรณีภาวะวิกฤตเป็นเครือข่ายระดับจังหวัด มีการจัด Zoning สูติแพทย์และการบริหารจัดการ เวชภัณฑ์ยา คลังเลือดภายในเครือข่าย

1.3 สร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในการเฝ้าระวังความเสี่ยงในระหว่างตั้งครรภ์

- สนับสนุนให้เข้าถึงนวัตกรรมการสื่อสารสร้างกระแสความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับรู้และจัดการความเสี่ยงของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ผ่าน พลิกะชัน Save mom, โปรแกรม 9 อย่างเพื่อสร้างลูก หรือผ่านช่องทางการสื่อสารอื่นๆในพื้นที่
- ส่งเสริม สนับสนุน ในการสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่, สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

2. ปรับปรุงระบบกลไกการขับเคลื่อนและกำกับติดตาม



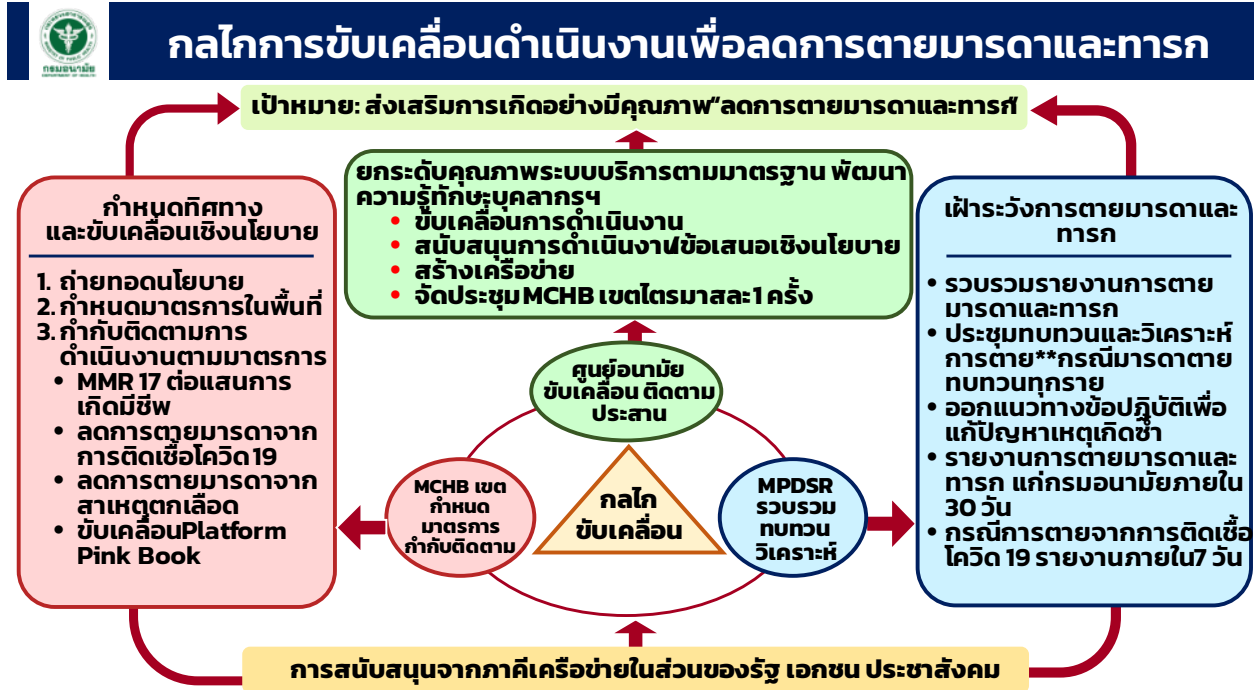
การขับเคลื่อนระบบเฝ้าระวังการตายมารดาและการก

	เดิม	ใหม่
ประเด็น	ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System)	ระบบเฝ้าระวังการตายมารดาและการก (MPDSR System)
หน่วยงานประสานและรายงานผล	ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตาย (ศูนย์อนามัย)	ศูนย์อนามัย
คณะทำงานทบทวนการตาย	MDSR team	MPDSR team
คณะขับเคลื่อนและกำกับติดตาม	ตรวจราชการ MCH Board ระดับเขต/ จังหวัด	<ul style="list-style-type: none"> • MCH Board ระดับชาติ/ เขต/ จังหวัด • คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและการกปริกำเนิด

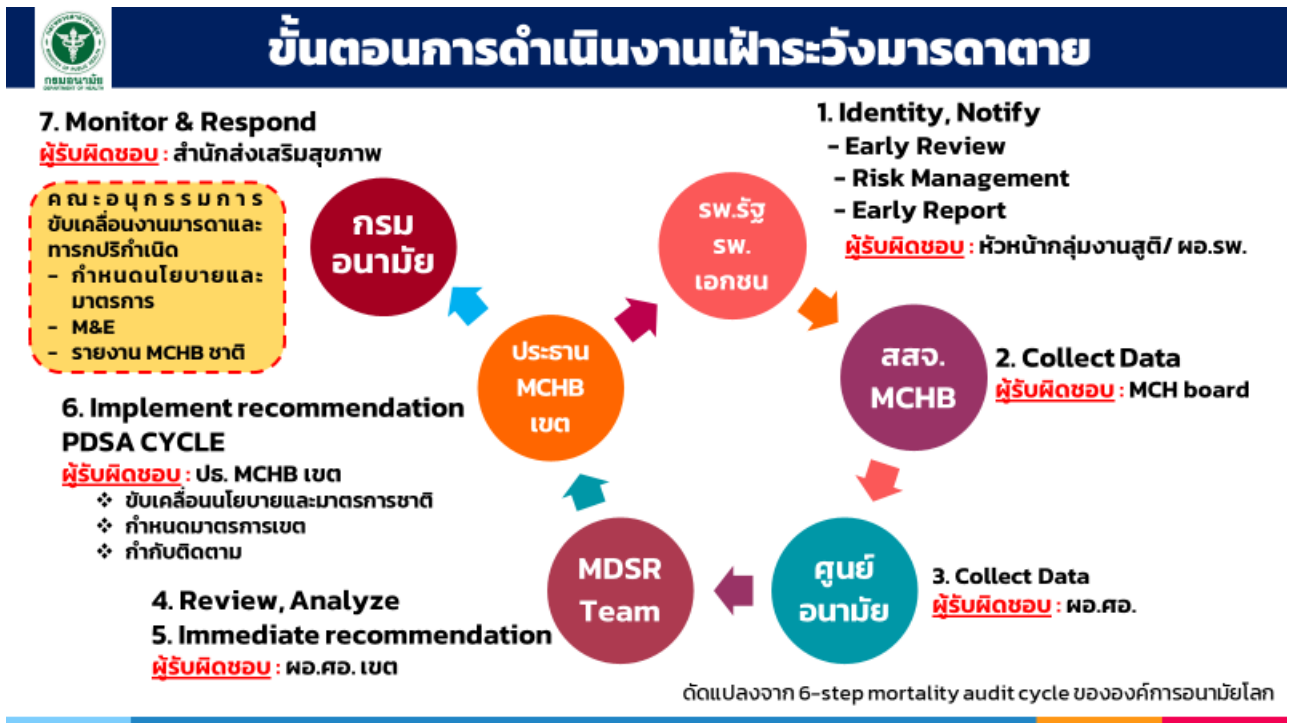
หมายเหตุ MDSR: Maternal Death Surveillance and Response

MPDSR: Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response

2.1 กลไกการขับเคลื่อน



2.2 ขั้นตอนการเฝ้าระวังการตายมารดา



ประเด็นความรู้ที่ให้แก่ผู้รับบริการ (C) /ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (SH)

ประเด็นความรู้	แหล่งข้อมูล
สถานการณ์การตายมารดา	https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortality-ratio/
แนวทางการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังมารดาตาย สำหรับประเทศไทย	https://multimedia.anamai.moph.go.th/associates/ebook-01-momandchild/
Save mom EP 1/5: ขั้นตอนการติดตั้ง Application การลงทะเบียนใช้งาน และการใช้งานในส่วนของหญิงตั้งครรภ์	https://multimedia.anamai.moph.go.th/video-knowledges/app-save-mom-ep1/
Save mom EP 2/5: ขั้นตอนการติดตั้ง Application การลงทะเบียนใช้งาน และการใช้งานในส่วนของ อสม.	https://multimedia.anamai.moph.go.th/video-knowledges/app-save-mom-ep2/
Save mom EP 3/5: ขั้นตอนการใช้งาน โปรแกรม Save mom บนเครื่องคอมพิวเตอร์ แบบตั้งโต๊ะ (PC) และ Notebook และการใช้งานในส่วนหน่วยบริการ/เจ้าหน้าที่	https://multimedia.anamai.moph.go.th/video-knowledges/app-save-mom-ep3/
Save mom EP 4/5: การใช้งาน Dash Board เพื่อดูผลรายงานสถานการณ์ความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์	https://multimedia.anamai.moph.go.th/video-knowledges/app-save-mom-ep4/
Save mom EP 5/5: CE Online คืออะไร?	https://multimedia.anamai.moph.go.th/video-knowledges/app-save-mom-ep5/
ความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledge/categories/mom-and-child/