

## การวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยรอบ ๖ เดือนหลัง

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

(เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ – มีนาคม ๒๕๖๕)

### จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

#### 1. วิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทย

จากการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิดผ่านระบบเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของสตรีและเด็กปฐมวัย กรมอนามัย ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563-มีนาคม 2564 พบหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ร้อยละ 75.7 หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ร้อยละ 66.5 และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ละ 54.2 นอกจากนี้ยังพบอัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้นเท่ากับ 3.8 ต่อพันการเกิดมีชีพ อัตราทารกเกิดไร้ชีพเท่ากับ 4.7 ต่อพันการเกิดมีชีพ อัตราการตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วันเท่ากับ 5.1 ต่อการเกิดมีชีพคน ภาวะขาดอากาศในทารกแรกเกิดร้อยละ 1.6 และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 10 ดังรูปที่ 1

ผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย								
รายการ	ความถี่	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ผลงาน เทียบ เป้าหมาย
			ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย	ทุกเดือน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	19.9	22.5	22.9	39.0	31.2	●
2. อัตราส่วนทารกแรกเกิดไร้ชีพ (Stillbirth)	3 เดือน		4.3/1000	4.5/1000	4.4/1000	4.5/1000	4.7/1000	-
3. อัตราการตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate : NMR)	3 เดือน	ไม่เกิน 3.5 ต่อการเกิดมีชีพพันคน	4.6/1000	4.5/1000	4.2/1000	4.7/1000	5.1/1000	●
4. อัตราตายทารกระยะต้น (Early Neonatal Mortality Rate : ENMR)	3 เดือน	-	4.1/1000	4.1/1000	3.9/1000	4.3/1000	3.8/1000	-
5. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	3 เดือน	ร้อยละ 75 ของหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการฝากครรภ์	58.42	70.15	75.00	73.8	66.5	●
6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	3 เดือน	ร้อยละ 75	70.86	80.28	87.24	81.5	75.7	●
7. ร้อยละของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	3 เดือน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	53.34	65.04	68.49	71.01	54.2	●
8. อัตราตายทารกอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	3 เดือน	-	7.2/1000	6.9/1000	6.2/1000	6.8/1000	7.2/1000	-
9. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	3 เดือน	ไม่เกินร้อยละ 7	10.7	9.9	9.5	9.8	10.0	●

● = ไม่ผ่านเป้าหมาย    ● = ผ่านเป้าหมาย

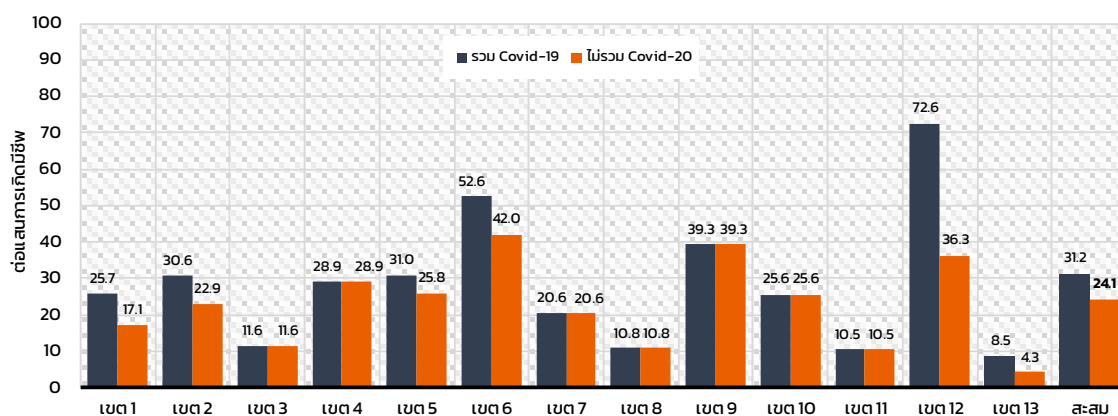
รูปที่ 1 ผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย

จากการรายงานผลการดำเนินงานของกรมอนามัยที่คอยเฝ้าระวังและกำกับติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) พบว่าอัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากการคาดการณ์ผลการดำเนินงานในรอบ 6 เดือนอาจเป็นไปได้ว่าเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2565 ผลการดำเนินงานลดการตายมารดาอาจยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย โดยผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือนแรก (ต.ค.64-มี.ค.65) ในปีงบประมาณ 2565 อัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 31.2 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ผลการกำกับติดตามการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาประจำเดือนเดือนมีนาคม 2565 มีมารดาไทยเสียชีวิตจำนวน 79 คน แบ่งเป็นมารดาจากเขตสุขภาพที่ 1-12 มีมารดาตายจำนวน 77 คน และจาก กทม.

จำนวน 2 คน มารดาต่างด้าวเสียชีวิตจำนวน 5 คน และมารดาเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางท้องถนนจำนวน 1 คน นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาไทยทั้ง 79 ราย มีสาเหตุการตายมาจากตกเลือด 12 คน ติดเชื้อโควิด 19 เสียชีวิต 18 คน และตายจากสาเหตุอื่นทั้งทางสุติกรรมและโรคอื่นๆอีก 49 คน นอกจากนี้เมื่อลองคำนวณการตายมารดาที่ไม่ใช่การตายมารดาจากการติดเชื้อโควิด 19 พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 เดือน ต.ค.64 - มี.ค.65 เขต 1-13 เท่ากับ 24.1 ดังรูปที่ 2

## อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขต (ต.ค.64 – มี.ค.65)

มารดาตายทั้งสิ้น 79 ราย เด็กเกิด 252,820 คน MMR = 31.2 / 100,000 LB  
ตายจาก Covid-19 = 18 ราย MMR non Covid-19 = 24.1/ 100,000 LB



ข้อมูลจาก: MDSR systemฯ ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565; เขตสุขภาพที่ 1-12 และกรุงเทพมหานคร

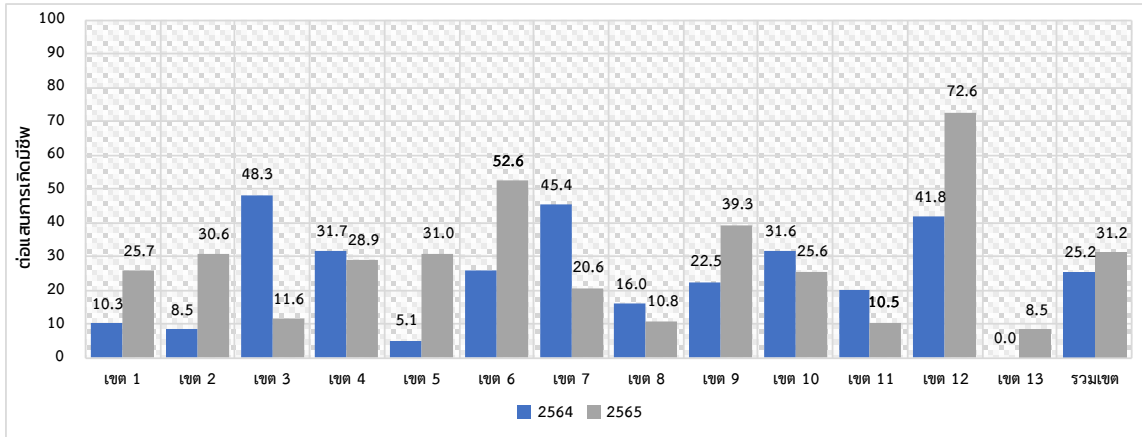
### รูปที่ 2 อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขต (ต.ค.64 – มี.ค.65)

เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตสุขภาพพบว่า มีเพียง 4 เขตสุขภาพเท่านั้น ที่มีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคืออัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ได้แก่เขตสุขภาพที่ 3 (11.6), 8 (10.8), 11 (10.5), และ 13 (8.5) เขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่เขตสุขภาพที่ 12 (72.6), 6 (52.6), และ 9 (39.3) ตามลำดับ ดังรูปที่ 2 และเมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกับปีที่ผ่านมาพบว่าเขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาลดลงแม้จะยังมีการระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 3, 4, 7, 8, 10 และ 11 ดังรูปที่ 3

อัตราส่วนการตาย มารดาจากทุกสาเหตุการตาย จำแนกรายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564 เทียบ 2565  
 ในช่วงเวลาเดียวกัน (ต.ค. – มี.ค.)

ปีงบประมาณ 2564 มารดาตายทั้งสิ้น 58 คน เด็กเกิด 229,951 คน MMR = 25.2 / 100,000 LB

ปีงบประมาณ 2565 มารดาตายทั้งสิ้น 79 คน เด็กเกิด 252,820 คน MMR = 31.2 / 100,000 LB

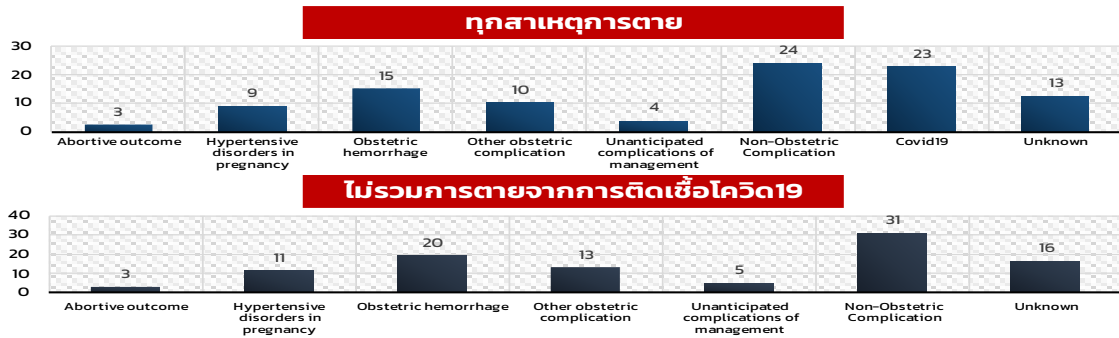


ข้อมูลจาก: MDSR system สส. ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565; เขตสุขภาพที่ 1-12 และกรุงเทพมหานคร

รูปที่ 3 อัตราส่วนการตายมารดาจากทุกสาเหตุการตายจำแนกรายเขต ปี 2564 เทียบ 2565

จากการจำแนกสาเหตุการตายมารดาทั้ง 79 คนพบว่า ร้อยละ 41 ของมารดาตายจากสาเหตุทางตรง ร้อยละ 46 ของมารดาตายมาจากสาเหตุทางอ้อม และร้อยละ 13 ของมารดาตายไม่สามารถระบุสาเหตุได้ แสดงให้เห็นว่าสาเหตุการตายหลักไม่ได้มาจากสาเหตุทางตรงที่เกี่ยวข้องกับสูติกรรม แต่มาจากการตายมารดาจากการติดเชื้อโควิด 19 รองลงมาคือการตายจากสาเหตุตกเลือด ดังรูปที่ 4 ส่งผลให้ประเทศไทยไม่สามารถลดการตายมารดาจากการตกเลือดตามเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ “ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุตกเลือดหรือลดลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา” นอกจากนี้ยังพบว่าความดันโลหิตสูงยังเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการตายมารดาอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งสาเหตุของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากการพัฒนาของรกที่ผิดปกติ ซึ่งสาเหตุการตายนี้ยังสัมพันธ์กับช่วงเวลาการเสียชีวิตของมารดา กล่าวคือร้อยละ 50 ของการเสียชีวิตเกิดที่ระยะหลังคลอด นอกจากนี้ยังพบว่าการตายจากการตกเลือดหลังคลอดเกิดจากจากมดลูกไม่หดตัว ภาวะรกเกาะติด อันมีสาเหตุมาจากการผ่าตัดคลอดซ้ำจากที่เคยผ่าตัดคลอดในการตั้งครรภ์ก่อน ซึ่งปัจจุบันอัตราการการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มพบได้มากขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการตายมารดาในส่วนของวิธีการคลอดโดยพบว่าร้อยละ 43 ของการตายมารดาเกิดจากการผ่าตัดคลอด

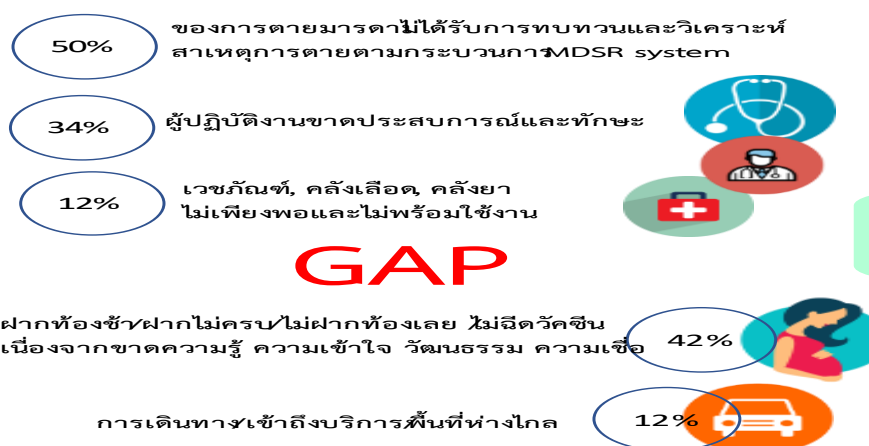
## ร้อยละสาเหตุการตายมารดาไทยจำแนกตาม ICD-MM : WHO (ต.ค.64 – มี.ค.65)



ข้อมูลจาก: MDSR system ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565; เขตสุขภาพที่ 1-12 และกรุงเทพมหานคร

รูปที่ 3 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาไทยจำแนกตาม ICD-MM : WHO (ต.ค.64 – มี.ค.65)

เมื่อนำข้อมูลการตายมารดาทั้ง 79 ราย มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย 3 delay พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตมาจากการขาดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ฝากท้องช้า ฝากท้องไม่ครบ หรือในบางรายไม่ได้รับการฝากท้องเลยตลอดการตั้งครรภ์ และในบางรายยังได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านลบในการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐรวมถึงไม่มั่นใจในวัคซีนที่ทางภาครัฐจัดหาให้จึงทำให้ไม่ฉีดวัคซีน ส่งผลให้พบว่ามีร้อยละ 42 ของการตายมาจากการขาดความรู้ของแม่ และนอกจากนี้ยังพบปัจจัยทางด้านคุณภาพบริการและศักยภาพเจ้าหน้าที่สัมพันธ์กับการตายของมารดาถึงร้อยละ 34 โดยปัญหาส่วนใหญ่มาจากผู้ปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ ขาดประสบการณ์ และทักษะ อันเนื่องมาจากภาระงานการโยกย้ายเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กไปให้บริการด้านอื่นๆ นอกจากนี้การให้บริการงานอนามัยแม่และเด็กยังเป็นงานที่ละเอียดอ่อน มีความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องสูงแต่ไม่ได้รับการพิจารณาความดีความชอบ เป็นผลให้เกิดการโยกย้ายสายงานอยู่บ่อยครั้ง



รูปที่ 4 ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

### 2. ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

1. ทักชะการคัดกรองความเสี่ยงที่ ANC : คั่นไม่เจอ จัดการไม่ได้
  2. การส่งต่อเพื่อการดูแลหญิงวัยเจริญพันธ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคอายุรกรรม เช่น อายุรกรรม รุนแรงไม่ควรตั้งครรภ์/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. ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาผ่านกระบวนการ MDSR System ทุกราย
  2. ค้นหา คัดกรองและจัดการความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ วางแผนและเตรียมความพร้อมในการคลอดทุกราย เผื่อระวังภาวะตกเลือด ภาวะรกเกาะติดแน่น เสี่ยงป่วยและตายจากโรคอายุรกรรมในคนท้อง และลดการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น
  3. พัฒนาระบบกำกับ ติดตามดูแลหลังคลอด วางแผนและเตรียมความพร้อมดูแลหลังคลอดเป็นรายบุคคล เน้นดูแลตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูง และความรุนแรงทางโรคอายุรกรรมที่อาจทวีความรุนแรงขึ้นของหญิงหลังคลอด รวมทั้งภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
  4. การดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด
  5. การดำเนินงานตามมาตรการเร่งด่วนและมาตรการสำคัญ ดังรูปที่ 5

## เร่งด่วน

**มาตรการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด**

- เร่งฉีดวัคซีน COVID-19 เจริญ
- กรณีไม่สมัครใจฉีดให้ฉีดบุคคลในครอบครัวให้ครบ
- หญิงที่มาคลอดและยังไม่เคยได้รับวัคซีน ให้ฉีดวัคซีน COVID-19 ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน
- หญิงให้มนบุตรที่ยังไม่ได้รับวัคซีนขณะตั้งครรภ์สามารถรับวัคซีน COVID-19 ได้ทันทีและสามารถให้มนบุตรได้

**มาตรการป้องกันการตกเลือด**

**สำคัญ**

- จัดระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและภาวะวิกฤต แบบเครือข่ายระดับจังหวัด
- จัด Zoning สูติแพทย์ และบริหารจัดการเวชภัณฑ์ /ยา/คลังเลือด แบบเครือข่าย

## ติดตาม

กำกับติดตามการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามกระบวนการของระบบ MDSR system ในรายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ ต้องส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาหาสาเหตุการตาย

รูปที่ 5 มาตรการเพื่อป้องกันและลดการตายมารดา