

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัดและความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์  
“อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อแสนการเกิดมีชีพ” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565  
(MDSR system : Thailand Maternal Death Surveillance and Response)

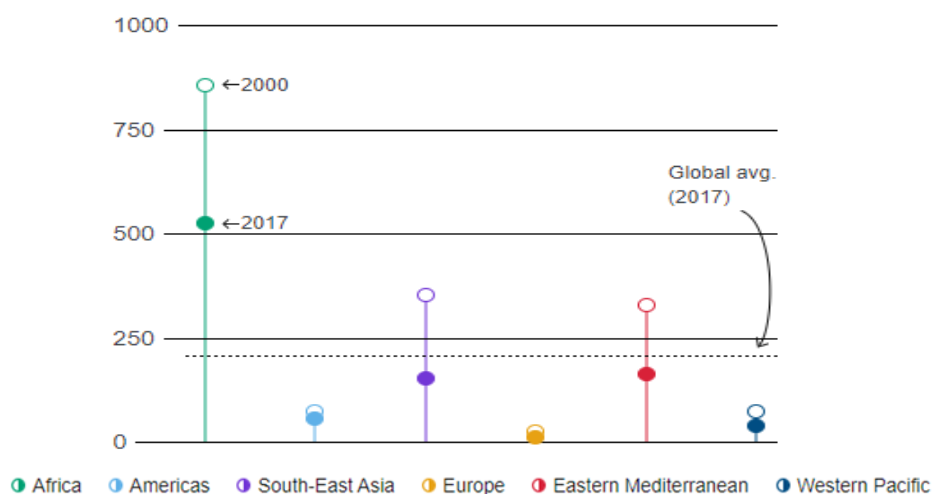
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

บทนำ

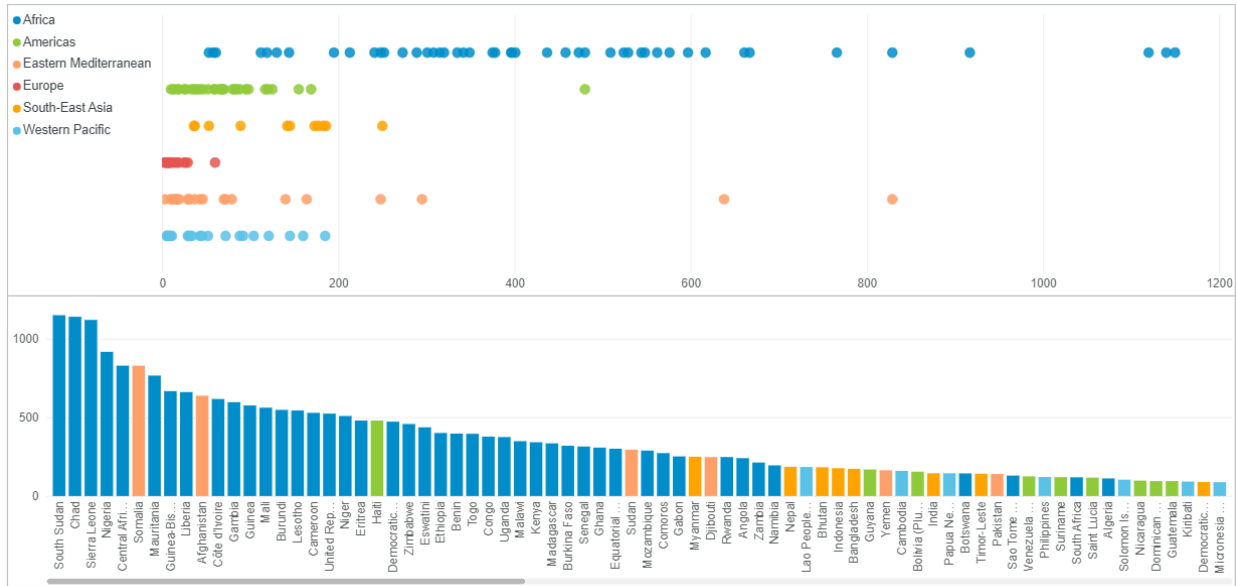
จากรายงานสถิติสุขภาพโลกประจำปี ค.ศ.2020 (World Health Statistics monitoring health of the SDG 2020,WHO) พบว่าการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีผลมาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คลอด จนถึงหลังการตั้งครรภ์ อันสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันทั่วโลก ในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ จากข้อมูลทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. 2014 ถึง 2019 81% ของการเกิดทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีทักษะ แต่ยังพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างภูมิภาคที่เห็นได้จากแผนภูมิด้านบนถึงความก้าวหน้าในการลดอัตราการตายของมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในแต่ละภูมิภาคยังคงต้องใช้ความพยายามให้มากขึ้นในการลดการตายมารดาทั่วโลกให้ลดลงตามเป้าหมายของ SDGs เป้าหมายที่ 3.1.1 ลดอัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกให้น้อยกว่า 70 ราย ต่อการเกิดที่มีชีวิต 100,000 คน ภายในปี 2573 ซึ่งภูมิภาคที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงที่สุดคือแอฟริกา ซึ่งมีอัตราส่วนการตายมารดาถึง 525 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมายถึงเจ็ดเท่า ส่วนในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมอนามัยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดา กรมอนามัยจึงได้มีการดำเนินงานเพื่อลดอัตราส่วนการตายมารดาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดการตายมารดาได้ตามค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)

การเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาจากทุกทวีปทั่วโลก (Compare)

Maternal mortality ratio, per 100 000 live births



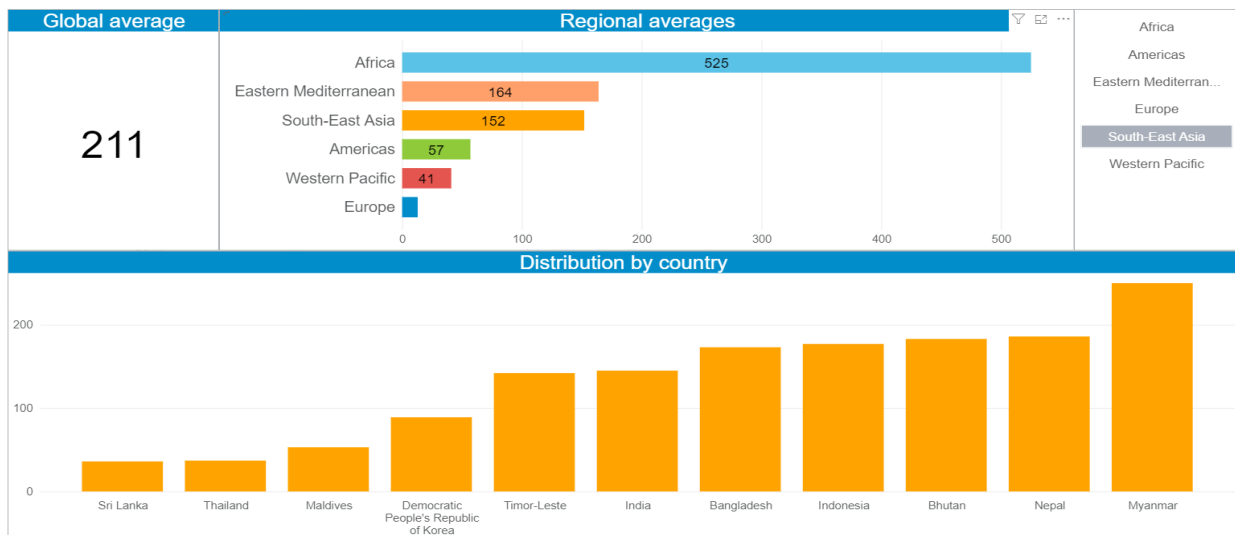
ที่มา : World Health Statistics monitoring health of the SDG 2020,WHO



ที่มา : <https://www-who-int.translate.google/> ,7 Dec 2022

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.2020 พบอัตราส่วนการตายมารดาทั่วโลก 211 ต่อการเกิดที่มีชีวิตเสคนคน ซึ่งภูมิภาคเอเชียมีการตายมารดาเฉลี่ยอยู่ที่ 152 รายต่อการเกิดมีชีพเสคนคน เมื่อจัดอันดับตามกลุ่มประเทศสมาชิกเชียโร (SEARO) พบว่าประเทศไทยมีการตายมารดาเป็นอันดับ 2 โดยอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยอยู่ที่ 37 ต่อเสคนการเกิดมีชีพ รองจากประเทศศรีลังกา (ต่อเสคนการเกิดมีชีพ)

### เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาตามกลุ่มประเทศสมาชิกเชียโร (SEARO)



ที่มา: World Health Statistics 2020,WHO

และเมื่อเปรียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยกับประเทศในภูมิภาคอาเซียน (ASEN) พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาไทย (MMR Thailand) ในปี 2017 ต่ำเป็นอันดับ 4 ของภูมิภาคอาเซียน (ASEN) (37 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) รองจากประเทศ สิงคโปร์ (8 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) มาเลเซีย (29 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) และ บรูไน (31 ต่อแสนการเกิดมีชีพ)



ที่มา: World Health Statistics 2020,WHO

## Maternal Mortality in 2030

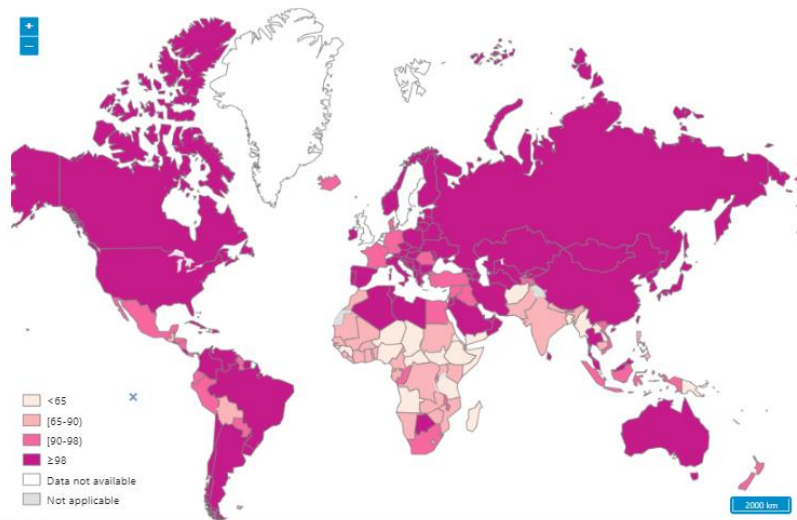
Sustainable Development Goal (SDG) Target 3.1 calls for a reduction in the global maternal mortality ratio (MMR) to less than 70 per 100 000 by 2030; and no country should have an MMR greater than 140 per 100 000.

การเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ เนื่องจากวิธีการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันหรือจัดการกับภาวะแทรกซ้อนนั้นต้องได้รับการดูแล รักษา จาก สถานบริการสาธารณสุข หญิงตั้งครรภ์ทุกรายต้องเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง เท่าเทียม เริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์ ระหว่างและหลังการคลอดบุตร สุขภาพของมารดาและสุขภาพทารกแรกเกิดมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิด เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจะดูแลการคลอดทั้งหมด เนื่องจากการจัดการและการรักษาอย่างทันที่ที่สามารถสร้างความแตกต่างระหว่างความเป็นและความตายสำหรับแม่และทารกแรกเกิด ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดและสามารถรื้อชีวิตผู้หญิงที่มีสุขภาพดีภายในไม่กี่ชั่วโมงหากเธอไม่ได้รับการดูแล การฉีดออกซิโทซินทันทีหลังคลอดช่วยลดความเสี่ยงของการมีเลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ การติดเชื้อหลังคลอดบุตรสามารถจัดการได้หากปฏิบัติตามสุขอนามัยที่ดีและหากตรวจพบสัญญาณเริ่มต้นของการติดเชื้อและรับการรักษาอย่างทันที่หรือแม้แต่การตรวจพบภาวะครรภ์เป็นพิษและจัดการอย่างเหมาะสมก่อนที่จะเริ่มมีอาการชัก (eclampsia) และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่คุกคามชีวิต การให้ยา เช่น แมกนีเซียมซัลเฟตสำหรับภาวะครรภ์เป็นพิษสามารถลดความเสี่ยงของสตรีในการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้ เพื่อหลีกเลี่ยงการเสียชีวิตของมารดาการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ก็มีความสำคัญเช่นกัน ผู้หญิงทุกคนรวมถึงวัยรุ่นจำเป็นต้องเข้าถึงการคุมกำเนิด บริการทำแท้งอย่างปลอดภัยตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด และการดูแลหลังการทำแท้งที่มีคุณภาพ

ข้อมูลจาก World Health Statistics 2020,WHO พบว่า ปัจจุบันทั่วโลกทารกคลอดในโรงพยาบาลและคลอดโดยผู้ทำคลอดที่มีทักษะถึงร้อยละ 84 การคลอดบุตรได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีทักษะ รวมถึงแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์ทั่วโลกระหว่างปี 2558-2564 การตายของมารดาร์้อยละ 94 การเสียชีวิตของมารดาทั้งหมดเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ผู้หญิงเสียชีวิตจากสาเหตุที่ป้องกันได้ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรทุกวันในปี 2560 ถึง 810 ราย

Births attended by skilled health personnel (%)

FILTERS Year Latest



Disclaimer

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.



World Health Organization

© WHO 2022. All rights reserved

## เป้าหมายในปี 2030 MMR

### Definitions

#### Maternal death:

The death of a woman while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration and site of the pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management (from direct or indirect obstetric death), but not from accidental or incidental causes.

#### Maternal mortality ratio (MMR):

Number of maternal deaths during a given time period per 100 000 live births during the same time period.

Annual rate of reduction of maternal mortality (ARR):

The yearly reduction in the maternal mortality ratio calculated as:

$$ARR = \ln(MMR_{t1}/MMR_{t0}) / (t1-t0) * 100$$

Or

$$\left[ \left( \frac{MMR_{year(t1)}}{MMR_{year(t0)}} \right)^{\frac{1}{year(t1)-year(t0)}} - 1 \right] \times 100$$

Country MMR target calculator: This tool provides a general demonstration of the individual country-level MMR target in 2030, based on the MMR in 2015.

ปีพื้นฐาน	อัตราส่วนการตายของมารดา (MMR) <input type="text"/>	อัตราการลดลงต่อปี (ARR) <input type="text"/>
2015	219	6.1 %
	เปลี่ยน MMR สำหรับปีพื้นฐาน	ป้อน ARR ที่ประเทศของคุณเสนอ

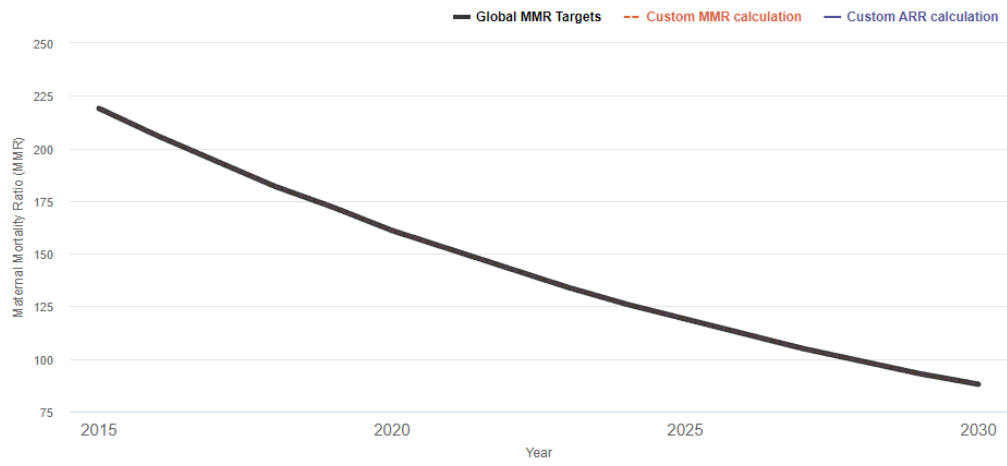
MMR เป้าหมายในปี 2030 อ้างอิงจากพื้นฐานปี 2015



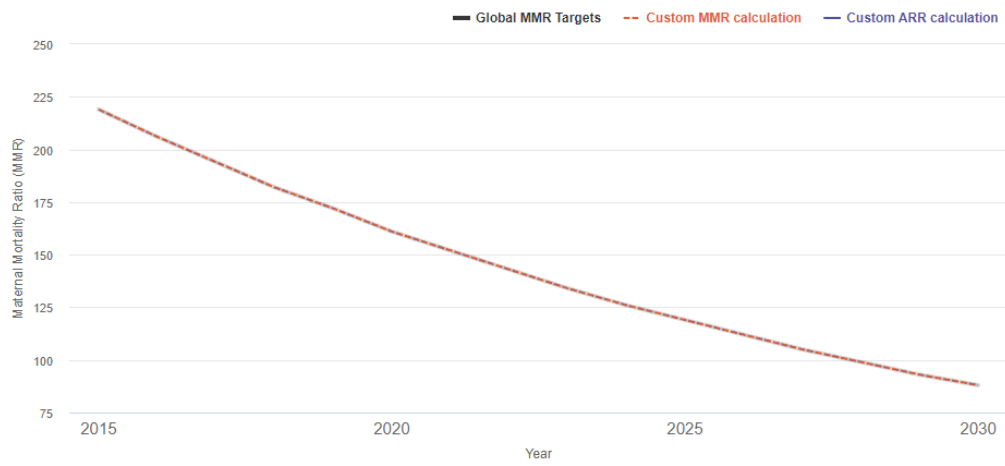
ถ้า ARR เปลี่ยน MMR จะเป็นอย่างไรในปี 2030



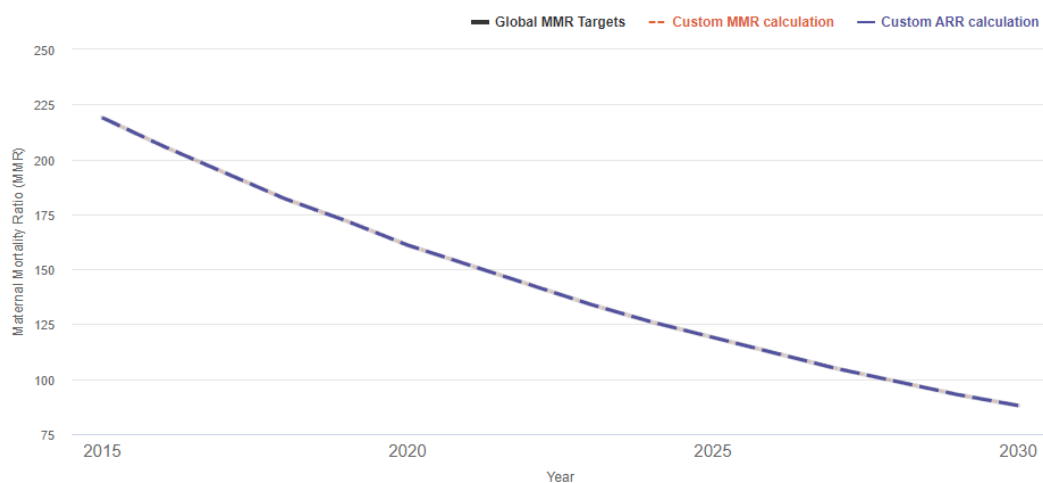
### MMR Trends



### MMR Trends



## MMR Trends



## Yearly milestones to achieve MMR target

Year	Global MMR Targets	Custom MMR Calculation	Custom ARR Calculation
2015	219	219	219
2020	161	161	161
2025	119	119	119
2030	88	88	88

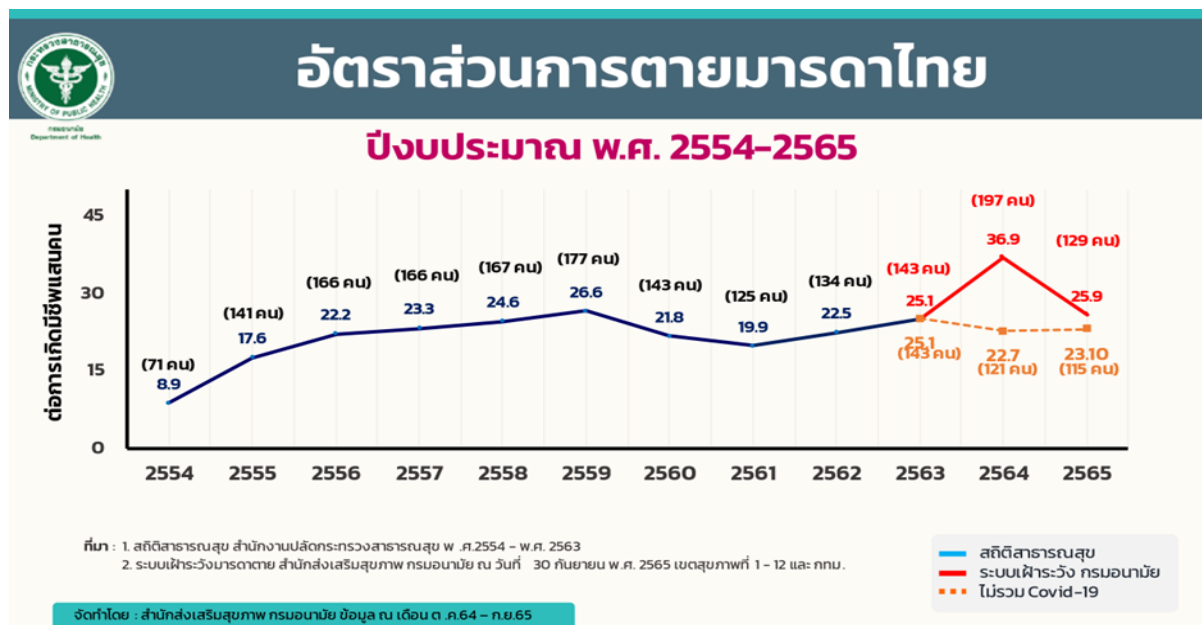
ที่มา : Country MMR target calculator: This tool provides a general demonstration of the individual country-level MMR target in 2030, based on the MMR in 2015.

<https://srhr.org/mmr2030/?year=2015?mmr=219?arr=6.1>

## สถานการณ์ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันในประเทศไทย

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้จัดทำระบบเฝ้าระวังการตายมารดาขึ้น เพื่อใช้กำกับติดตามสถานการณ์และการดำเนินงานลดการตายมารดาแบบรายเดือน ทำให้สำนักส่งเสริมสุขภาพมีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อการเฝ้าระวังสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงทีในการออกมาตรการ เพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ด้วยระบบรายงานข้อมูลที่แม่นยำและรวดเร็วนี้ สำนักส่งเสริมสุขภาพจึงสามารถดำเนินงานลดการตายมารดาอย่างเข้มแข็งและจริงจัง และได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) จนสามารถเฝ้าระวังเก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย ทำให้ในปีงบประมาณ 2565 สำนักส่งเสริมสุขภาพจึงได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านสตรีและเด็กปฐมวัยเพิ่มเติมจนสามารถทำให้สำนักส่งเสริมสุขภาพมีข้อมูลผลการดำเนินงาน ที่รวดเร็ว แม่นยำ และสามารถใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหารและภาคีเครือข่ายเพื่อนำไปใช้วางนโยบาย มาตรการและแผนพัฒนางานได้ทันท่วงที

จากการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบันกรมอนามัยสามารถจัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย ส่งผลให้ตั้งแต่ ๒๕๖๐ เป็นต้นมา อัตราส่วนการตายมารดาลดลงและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องและสามารถลดได้ต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ถึงแม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาตามค่าเป้าหมายของโลก แต่ผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาของประเทศไทยก็ยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๒๕.๙ ต่อแสนการเกิดมีชีพ



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System)  
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ณ วันที่ 30 กันยายน 2564



## สถานการณ์การตายมารดาไทย ประจำปีงบประมาณ 2565 จากระบบเฝ้าระวังมารดาตาย

(MDSR system : Thailand Maternal Death Surveillance and Response) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

จากงานศึกษาวิจัยของประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านมารดาเช่นการมีโรคประจำตัวของแม่ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การได้รับยาเสริมธาตุเหล็กโฟเลตและไอโอดีน การฝากครรภ์ครั้งแรก  $\leq 12$  สัปดาห์ การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ 2) ปัจจัยด้านเด็กปฐมวัยเช่นอายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด การขาดออกซิเจนที่ 1 นาที เด็กมีโรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพช่องปาก ปัญหาขาดสารอาหาร น้ำหนักตามส่วนสูง ส่วนสูงตามอายุ และการเล่นกับเด็กโดยสื่อบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับนานาประเทศทั่วโลก ดังนั้นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพประชากรจึงต้องเริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของสตรีก่อนตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอด รวมถึงการเลี้ยงดูที่เหมาะสมอันจะส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ (Full Potential Growth) เป็นโอกาสทองในการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพและศักยภาพที่ดีเพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

จากการศึกษาข้างต้นการที่จะส่งเสริมให้เด็กไทยมีสุขภาพดี พัฒนาการสมวัยต้องเริ่มจากการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กเติบโตและมีพัฒนาการสมวัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในการส่งเสริมการตั้งครรภ์และการเกิดอย่างมีคุณภาพได้พัฒนางานอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง จนในปีงบประมาณ 2565 สำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดาและทารกขึ้น เพื่อใช้กำกับติดตามสถานการณ์สุขภาพและการดำเนินงานมารดาและทารกผ่านตัวชี้วัดสำคัญทั้ง 9 ตัว อันได้แก่ 1) อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ 2) อัตราทารกเกิดมีชีพ 3) อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น 4) อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน ไม่เกิน 3.6 ต่อพันการเกิดมีชีพ 5) อัตราตายทารกอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี 6) ร้อยละ 75 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์  $\leq 12$  สัปดาห์ 7) ร้อยละ 75 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ 8) ร้อยละ 75 ของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ 9) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 เพื่อเฝ้าระวังสถานะสุขภาพและการตายมารดาและทารกแบบรายเดือน ทำให้กรมอนามัยมีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ หาปัจจัยของปัญหา และออกมาตรการเพื่อป้องกันได้อย่างทันที่ และสอดคล้องตัวชี้วัดสถานการณ์สุขภาพของโลกสามารถเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับนานาชาติเพื่อไปสู่เป้าหมายร่วมกัน

## กลุ่มมารดาและทารก

รายการ	ความถี่	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ผลงานเทียบเป้าหมาย
			ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย	ทุกเดือน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	19.9	22.5	22.9	39.8	25.86	●
2. อัตราทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirth)	3 เดือน	-	4.3/1000	4.5/1000	4.4/1000	4.5/1000	4.9/1000	●
3. อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น (Early Neonatal Mortality Rate : ENMR)	3 เดือน	-	4.1/1000	4.1/1000	3.9/1000	4.3/1000	4.0/1000	●
4. อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate : NMR)	3 เดือน	ไม่เกิน 3.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน	4.6/1000	4.5/1000	4.2/1000	4.7/1000	4.5/1000	●
5. อัตราตายทารกอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	3 เดือน	-	7.2/1000	6.9/1000	6.2/1000	6.8/1000	7.3/1000	●
6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	3 เดือน	ร้อยละ 75	70.86	80.28	87.24	81.5	81.5	●
7. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	3 เดือน	ร้อยละ 75 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์	58.42	70.15	75.00	73.8	75.0	●
8. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครรภ์ตามเกณฑ์	3 เดือน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	53.34	65.04	68.49	71.01	70.4	●
9. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	3 เดือน	ไม่เกินร้อยละ 7	10.7	9.9	9.5	9.8	10.27	●

● = ไม่ผ่านเป้าหมาย    ● = ผ่านเป้าหมาย

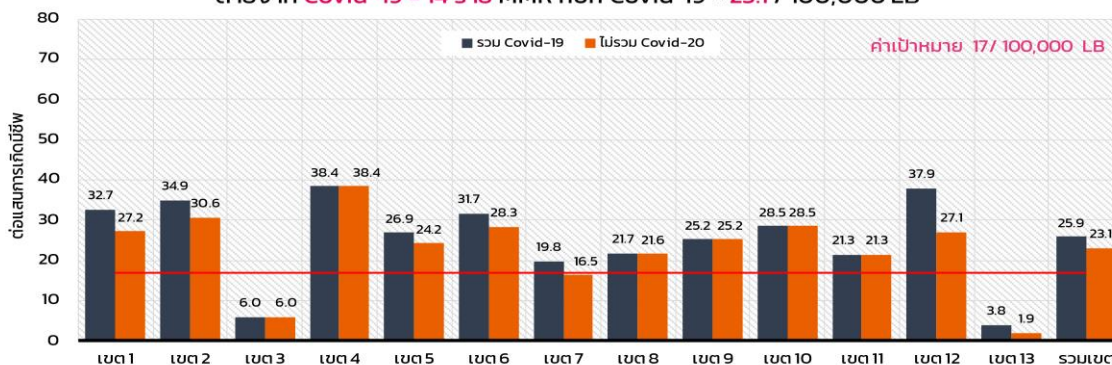
การประชุม กพ. ครั้งที่ 1/2566 วันอังคารที่ 18 ตุลาคม 2565

รูปภาพที่ 1 ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR system : Thailand Maternal Death Surveillance and Response) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบมารดาตายจากทุกสาเหตุจำนวน 129 คน (ต.ค. 64 - ก.ย. 65) คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 25.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 4 (38.4), 12 (37.9), และ 2 (34.9) ตามลำดับ และหากพิจารณาเฉพาะมารดาตายจากสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 มีจำนวนทั้งสิ้น 115 คน คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 23.1 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งมีความแตกต่างไม่มากนักจากปี พ.ศ. 2564 ที่มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 22.7 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 4 (38.4), 2 (30.6) และ 10 (28.5) ตามลำดับ

## อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกชายเขต (ต.ค.64 – ก.ย.65)

มารดาตายทั้งสิ้น 129 ราย เด็กเกิด 498,766 คน MMR = 25.9 / 100,000 LB  
 ตายจาก Covid-19 = 14 ราย MMR non Covid-19 = 23.1 / 100,000 LB



ข้อมูลจาก: MDSR system ส. ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565; เขตสุขภาพที่ 1-12 และกรุงเทพมหานคร  
 จัดทำโดย : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

13

ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System)  
 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ณ วันที่ 30 กันยายน 2564

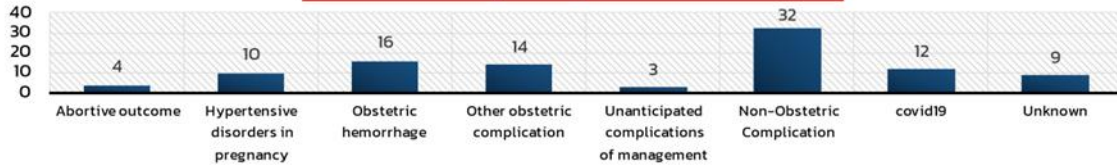
จากข้อมูลข้างต้นพบว่า อัตราส่วนการตายมารดายังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ แต่มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา เมื่อจำแนกสาเหตุการณ้ตายเป็นมารดาตาม ICD-MM WHO พบว่าสาเหตุการตายหลักของมารดาจากสาเหตุทางสูติกรรมได้แก่ ตกเลือดระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด และยังพบว่าสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอายุรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2565 พบการตายมารดาจากสาเหตุทางอายุรกรรม (Non-Obstetric Complication) ถึง 57 ราย ซึ่งส่วนใหญ่ตายจากโรค NCD และการติดเชื้อโควิด 19 แต่อย่างไรก็ตามการตายมารดาจากกาติดเชื้อโควิด 19 ในปี 2565 ลดลงเหลือเพียง 14 ราย (ปี 2564 จำนวน 65 ราย) ซึ่งเป็นไปตามแนวโน้มของประเทศ ปัญหาอุปสรรคและความท้าทายของการดำเนินงานได้แก่ 1) การตายส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น ตกเลือด ความดันโลหิตสูง ความพร้อมของทรัพยากรบุคลากร และระบบส่งต่อ 2) หญิงตั้งครรภ์ ครอบครั้ว ขาดความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 3) การตายจากโรคอายุรกรรมมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

# ร้อยละสาเหตุการตายมารดาไทยจำแนกตาม ICD-MM : WHO

(ต.ค.64 – ก.ย.65)

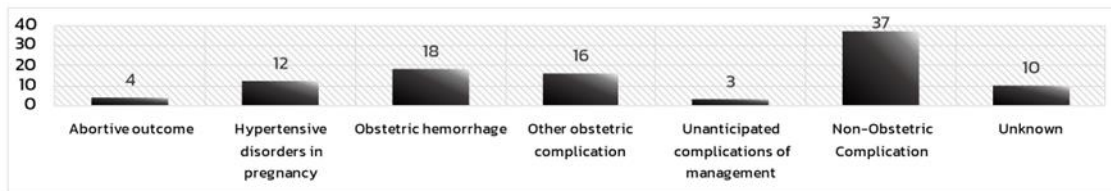
## ทุกสาเหตุการตาย

N=129



## ไม่รวมการตายจากการติดเชื้อโควิด19

N=115



ข้อมูลจาก: MDSR system รวบรวม วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565; เขตสุขภาพที่ 1-12 และกรุงเทพมหานคร  
จัดทำโดย : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

14

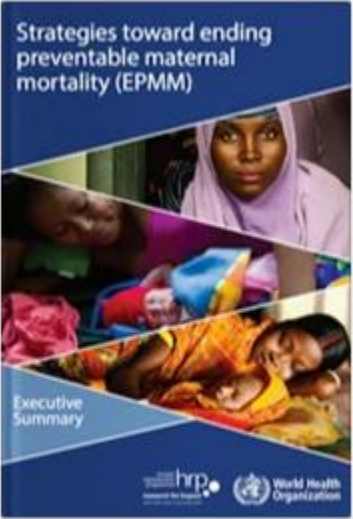
แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ความหวังในการลดอัตราการตายมารดาไทยจกยังไม่บรรลุเป้าหมายของประเทศ แต่ก็มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานเป็นผลมาจาก 1) ภาควิชาที่เข้มแข็ง และประกอบด้วยหลายภาคส่วนทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ WHO unicef ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย อาจารย์จากโรงเรียนแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขจากศูนย์อนามัยและจากส่วนภูมิภาค ที่ให้ความร่วมมืออย่างเข้มแข็งในการพัฒนาและขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กร่วมกัน 2) การขับเคลื่อนงานผ่านกลไกคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงานในระดับประเทศ ภูมิภาค ระดับจังหวัด รวมถึงระดับโรงพยาบาล ที่เข้มแข็ง ชัดเจน ดำเนินงานเป็นรูปธรรม เช่น คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH MCH Board) คณะอนุกรรมการ มารดาและทารกปริกำเนิด คณะทำงานเพื่อทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา Multidisciplinary consultation ระดับเขตในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 เป็นต้น

## ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานในปีถัดไป

- ฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยง จาก PPH, PIH ใน ANC LR PP
- ส่งเสริมการคุมกำเนิดหญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยอายุครรภ์เร็ว/ร้ายแรง ที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ (ตามความสมัครใจ) Contraception NCD เพื่อลดภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์
- การให้บริการแบบ Telehealth หรือ Telemedicine ในการติดตามฝ้าระวัง/ฝากครรภ์ หรือรับคำปรึกษา (ทั้งนี้การพิจารณาบริการขึ้นอยู่กับความจำเป็น ความรุนแรงและความเร่งด่วนของหญิงตั้งครรภ์)

ความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

ประเด็นความรู้	แหล่งข้อมูล
<p>สถานการณ์การตายมารดา</p>	<p><a href="https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortality-ratio/">https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortality-ratio/</a></p>
<p>แนวทางการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังมารดาตาย สำหรับประเทศไทย</p>	<p><a href="https://multimedia.anamai.moph.go.th/associates/ebook-01-momandchild/">https://multimedia.anamai.moph.go.th/associates/ebook-01-momandchild/</a></p>
<p>Maternal mortality: Levels and trends 2000 to 2017</p>  <p><b>Maternal mortality: Levels trends 2000 to 2017</b></p>	<p><a href="https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3-1-maternal-mortality">https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3-1-maternal-mortality</a></p>
<p>Maternal mortality in 2000-2017</p> <p>Internationally comparable MMR estimates by the Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (MMEIG) WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division</p> <p>THAILAND</p>	<p><a href="https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/maternal-health-countries/maternal_health_tha_en.pdf">https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/maternal-health-countries/maternal_health_tha_en.pdf</a></p>
<p>SDG indicator metadata</p>	<p><a href="https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-01-01.pdf?sfvrsn=d1d1d291_3">https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-01-01.pdf?sfvrsn=d1d1d291_3</a></p>

ประเด็นความรู้	แหล่งข้อมูล
Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis	<a href="https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext?sequence=1">https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext?sequence=1</a>
<p>Ending preventable maternal mortality (EPMM)</p>  <p><b>Ending preventable maternal mortality (EPMM)</b></p>	<a href="https://srhr.org/mmr2030/?year=2015?mmr=219?arr=6.1">https://srhr.org/mmr2030/?year=2015?mmr=219?arr=6.1</a>
Maternal Mortality on-line progress calculator	<a href="https://srhr.org/mmr2030/download/Technical%20details_Nov%202019.pdf">https://srhr.org/mmr2030/download/Technical%20details_Nov%202019.pdf</a>