

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด และความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

การเฝ้าระวังการตายมารดาและทารก ปีงบประมาณ 2566
Surveillance of Thai maternal mortality, fiscal year 2023

โดย กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย

บทนำ

การตายของมารดาเป็นดัชนีที่ชี้ให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ และระบบบริการด้านสาธารณสุข การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรอย่างปลอดภัยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้หญิงในทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ และถือว่าการลดอัตราการตายของมารดาและทารกเป็นเป้าหมายสำคัญเป้าหมายหนึ่งของระบบสุขภาพ จากความสำคัญข้างต้นกองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย ได้เล็งเห็นความสำคัญในการวัดการตายของมารดาและทารก การมีสถิติที่สอดคล้องกับนานาชาติจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ประเทศไทยต้องเร่งดำเนินการให้เกิดระบบบันทึก ระบบรายงาน รวมถึงระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ความเสี่ยงด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารก เพื่อให้ทราบสาเหตุการตายที่แท้จริง และสามารถนำไปสู่การสร้างนโยบายที่เหมาะสมในการพัฒนางานในระดับประเทศต่อไป

ผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ สถานการณ์การเฝ้าระวังการตายมารดาและทารกจากอดีตถึงปัจจุบัน (Current situation)

จากรายงานสถิติสุขภาพโลกประจำปี ค.ศ.2020 (World Health Statistics monitoring health of the SDG 2020,WHO) พบว่าการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีผลมาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คลอด จนถึงหลังการตั้งครรภ์ จากข้อมูลทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. 2014 ถึง 2019 คิดเป็น 81% ของการเกิด จากการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยประสบกับปัญหาด้านข้อมูลสถิติชีพที่ขาดความครบถ้วนของข้อมูลการวินิจฉัยสาเหตุการตายและการได้ข้อมูลล่าช้า กรมอนามัย โดยกองอนามัยมารดาและทารกได้พยายามแก้ไขปัญหา ด้านข้อมูลเพื่อให้ทราบสถานการณ์ จึงทำการสำรวจการตายมารดาโดยใช้วิธี RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) ในปี 2538 แต่เนื่องจากการสำรวจด้วยวิธีนี้ใช้งบประมาณมหาศาลในการดำเนินงาน จึงไม่สามารถดำเนินการสำรวจได้ทุกปี กองอนามัยมารดาและทารกจึงได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) ขึ้นเพื่อการรายงานข้อมูลที่แม่นยำและรวดเร็ว และติดตามการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง จนสามารถเฝ้าระวัง เก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกรายและเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ

จากความสำเร็จในการเฝ้าระวังการตายมารดา กองอนามัยมารดาและทารกจึงได้ยกระดับการเฝ้าระวังสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เป็น “ระบบเฝ้าระวังการตายมารดาและทารก” โดยมีตัวชี้วัดในการกำกับติดตามทั้งหมด 10 ตัวชี้วัดดังนี้

1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
2. อัตราตายทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirth) ไม่เกิน 5 ต่อพันการเกิดทั้งหมด
3. อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น (Early Neonatal Mortality Rate)
4. อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate) ไม่เกิน 3.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน
5. อัตราตายทารกอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี
6. ร้อยละ 75 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์
7. ร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพ
8. ร้อยละ 75 ของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์
9. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7
10. ร้อยละ 50 ของทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวและเริ่มดำเนินการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่บประมาณ 2565 เป็นต้นมา

WHO UNICEF UNFPA World Bank และ United Nations Population Division ได้ประมาณการอัตราส่วนการตายของมารดาในประเทศไทย 20 ปีที่ผ่านมาลดลงจาก 42 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คนในปี 1990 เป็น 26 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คนในปี 2013 ดังแสดงในตารางที่ 1

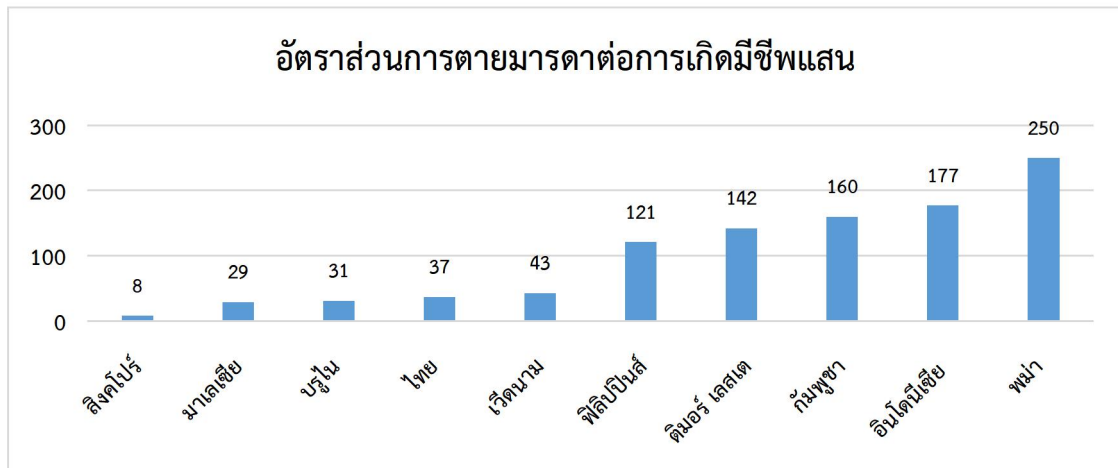
ตารางที่ 1 อัตราส่วนการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน

ประเทศ	1990	1995	2000	2005	2013
โลก	380	360	330	270	210
แอฟริกา	870	840	750	620	460
เอเชียใต้	550	460	370	280	190
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้	170	150	130	100	74
ไทย	42	37	40	34	26

ที่มา: WHO (2014), Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division.

และในปี ค.ศ.2020 พบการตายมารดาทั่วโลก 211 ราย ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภูมิภาคเอเชียมีการตายมารดาเฉลี่ยอยู่ที่ 152 ราย ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เมื่อจำแนกตามกลุ่มประเทศสมาชิกในทวีปเอเชีย องค์การอนามัยโลกได้ทำการคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดาไทยกับ 37 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งจัดอยู่ในลำดับที่ 4 รองจาก สิงคโปร์ มาเลเซีย และบรูไน ที่มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 8, 29, และ 31 ต่อแสนการเกิดมีชีพตามลำดับ ถึงแม้ว่าในหลายประเทศโดยเฉพาะทางแถบทวีปเอเชียประสบความสำเร็จในการลดการตายมารดา แต่การดำเนินการเพื่อลดการตายมารดาก็ยังมีปัญหาในการวัดหรือคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดา ประเทศต่าง ๆ ไม่มีตัวเลขข้อมูลพื้นฐานที่ดีของการคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดา

แผนภาพที่ 1 อัตราส่วนการตายมารดาต่อกรณีเกิดมีชีพแสน



ที่มา: World Health Statistics 2020,WHO

ผลผลิต/ผลลัพธ์ ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

การดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาและทารกของประเทศไทย

การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญที่จะสะท้อนถึงคุณภาพด้านสาธารณสุข และยังสามารถนำมาพยากรณ์สุขภาพของทารกในครรภ์ตลอดจนถึงคลอดได้อีกด้วย ประเทศไทยได้กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักทางด้านสาธารณสุขเพื่อวัดสภาวะสุขภาพประชากรและการพัฒนาของประเทศที่สำคัญและเป็นสากล แสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพคุณภาพของการฝากครรภ์ การดูแลระหว่างคลอด และหลังคลอด ซึ่งให้เห็นถึงสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงโดยตรงและสภาพเศรษฐกิจและสังคมโดยอ้อม พร้อมทั้งได้กำหนดตัวชี้วัดกระบวนการ/KPI Proxy ขึ้นเพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายและการแก้ปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น และมีผลการดำเนินงานดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดาและทารกปีงบประมาณ 2566

รายการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อกรณีเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	22.5	25.1	26.6	25.9	21.4
2. อัตราตายทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirth)	5 ต่อพันการเกิดทั้งหมด	4.5/1000	4.4/1000	4.5/1000	4.9/1000	4.7/1000
3. อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น (Early Neonatal Mortality Rate : ENMR)	เทียบผลการดำเนินงานกับปีที่ผ่านมา	4.1/1000	3.9/1000	4.3/1000	4.0/1000	4.1/1000

รายการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
4. อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate : NMR)	ไม่เกิน 3.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน	4.5/1000	4.2/1000	4.7/1000	4.5/1000	5.3/1000
5. อัตราตายทารกอายุุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	เทียบผลการดำเนินงานกับปีที่ผ่านมา	6.9/1000	6.2/1000	6.8/1000	7.3/1000	8.8/1000
6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ < 12 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 75	80.28	87.24	81.5	80.8	76.0
7. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	≥ ร้อยละ 50	-	-	-	-	2.5
8. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	≥ ร้อยละ 75	65.04	68.49	71.01	71.66	64.0
9. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	≤ ร้อยละ 7	9.9	9.5	9.8	10.3	10.6
10. ร้อยละทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	≥ ร้อยละ 50	78.1	78.7	71.5	74.9	76.9

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดาและทารก ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2566
กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย

จากสถานการณ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ในภาพรวมพบว่าสภาวะสุขภาพของแม่และเด็กมีแนวโน้มที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ โดยหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 76.0 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพร้อยละ 2.5 หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 64 ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 76.9 (HDC,12 ตุลาคม 2566) นอกจากนี้ยังพบทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 10.6 อัตราตายทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirth) เท่ากับ 4.17 ต่อพันการเกิดทั้งหมด อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น (Early Neonatal Mortality Rate : ENMR) เท่ากับ 4.1 ต่อพันการเกิดมีชีพ (CMI@MoPH 12 ตุลาคม 2566) อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate : NMR) เท่ากับ 5.3 ต่อพันการเกิดมีชีพ อัตราตายทารกอายุุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี เท่ากับ 8.8 ต่อพันการเกิดมีชีพ (HDC,12 ตุลาคม 2566) อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 21.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ (mpdsr.system 12 ตุลาคม 2566) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ สาเหตุการตายหลักคือตกเลือดขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด และจากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (The Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับ

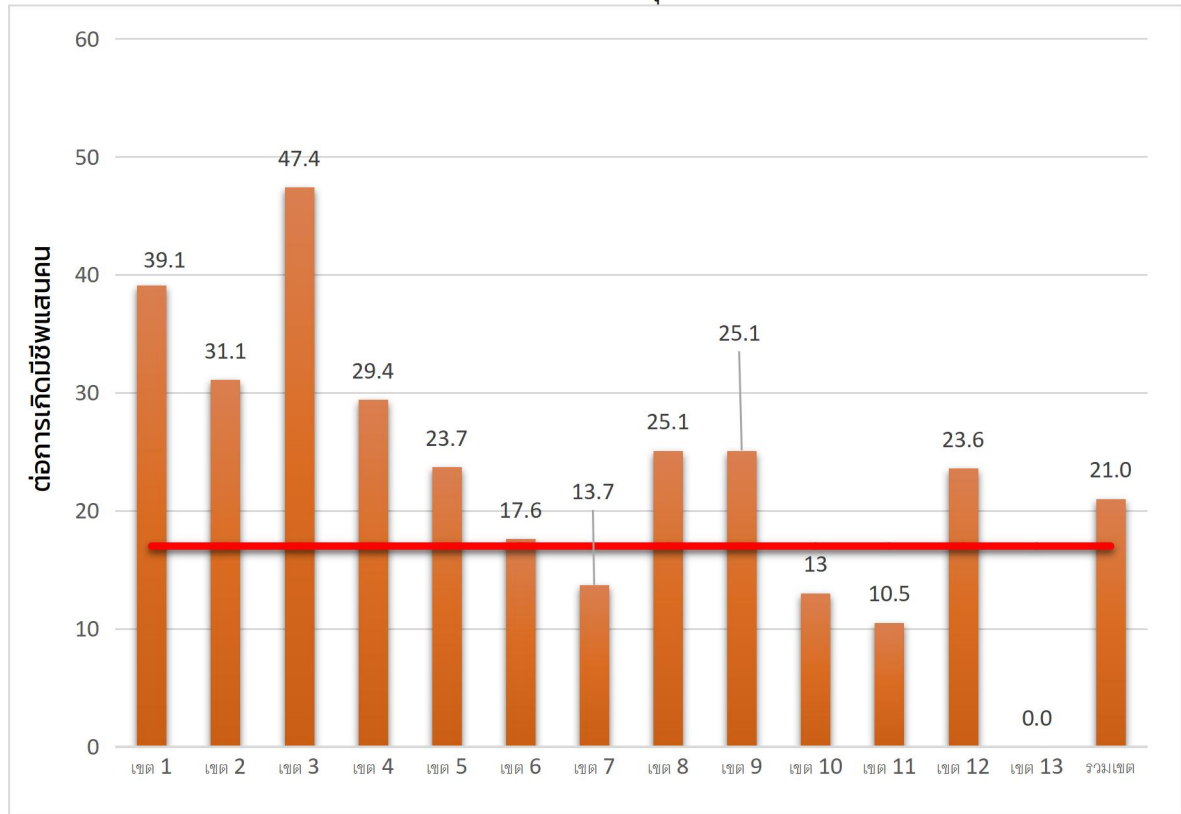
องค์การยูนิเซฟ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2559 เปรียบเทียบกับครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 และครั้งที่ 7 พ.ศ. 2565 พบว่า ร้อยละของบุตรที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 เป็นร้อยละ 11.1 และ ร้อยละ 10.3 ตามลำดับ การมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำหรือน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ทำให้ทารกเกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพและพัฒนาการของเด็กอย่างน่าวิตกและต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในช่วงวันแรก ๆ ซึ่งมากกว่าร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด (neonatal death) เกิดขึ้นในทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ จากหลักฐานล่าสุดยังพบความเชื่อมโยงระหว่างความเสี่ยงในการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นกับวัยเยาวชนที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ สำหรับเด็กที่รอดชีวิต การมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำส่งผลเสียต่อสุขภาพที่หลากหลาย ซึ่งรวมไปถึงการเจริญเติบโตเชิงเส้นแบบเตี้ยแคระแกร็น (stunted linear growth) ในวัยเด็ก และส่งผลกระทบต่อระยะยาวสู่วัยผู้ใหญ่ เช่น มีไอคิวต่ำ มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังไม่ว่าจะเป็นโรคอ้วน โรคเบาหวาน และปัญหาหัวใจและหลอดเลือด ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพของแม่ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง การเข้าถึงบริการที่ไม่เท่าเทียม การเฝ้าระวังกำกับติดตามยังไม่ครอบคลุม การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงาน ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์และบุคลากรจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพและความรู้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง พร้อมทั้งการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง และการมีระบบสารสนเทศและการสื่อสารสังคมเพื่อให้เกิดการติดตามหนุนเสริมการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กที่ถูกต้อง เข้าถึงง่าย และทันต่อสถานการณ์ เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนา แก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กอย่างมีศักยภาพ

ผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ Le (Level) ของผลการ ดำเนินการในปัจจุบัน

วิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดา

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566) พบเด็กเกิดมีชีวิตจำนวน 499,974 คน มารดาตายจำนวน 107 คน คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 21.4 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน เมื่อนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังมาทำการวิเคราะห์การตายมารดาแบบรายเดือนพบว่า เดือนกันยายน 2566 เป็นเดือนที่มีจำนวนการตายมารดาสูงสุดเป็นอันดับ 1 จำนวน 14 คน รองลงมาคือเดือนกรกฎาคม 2566 จำนวน 12 คน โดยช่วงเดือนที่ปรากฏเป็นช่วงเดือนที่แพทย์จบใหม่จะหมุนเวียนไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากแพทย์จบใหม่ยังมีประสบการณ์และทักษะในงานแม่และเด็กน้อย ส่งผลให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้าได้ และเมื่อวิเคราะห์การตายมารดาตามรายเขตสุขภาพจากระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย พบว่าผลการดำเนินงานรอบ 12 เดือนในปีงบประมาณ 2566 (ต.ค.65 - ก.ย.66) พบว่ามีเพียง 4 เขตบริการสุขภาพเท่านั้นที่อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 7 10 11 และ 13 โดยมีอัตราส่วนการตายมารดาต่อแสนการเกิดมีชีวิตเท่ากับ 13.7, 13.0 10.5 และ 0 ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2 3 และ 1 โดยมีอัตราส่วนการตายมารดาต่อแสนการเกิดมีชีวิตเท่ากับ 40.0 47.4 และ 36.3 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่มีการตายมารดาสูงเป็นพื้นที่ทางภาคเหนือ ภาคเหนือตอนล่าง ภาคกลางตอนบน ซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกลมีภูมิประเทศที่เป็นพื้นที่ตามแนวชายขอบของประเทศที่ติดกับภาคเหนือตอนบนมีลักษณะภูมิประเทศที่เป็นภูเขาสูง ห่างไกล และเข้าถึงยาก การคมนาคมไม่สะดวก มีวัฒนธรรมหลากหลาย มีความเชื่อทางประเพณีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะส่งผลให้การเข้าถึงระบบบริการลำบาก นอกจากนี้ประชากรส่วนใหญ่อ่อนแอ ข้างยากจน ไม่สามารถมาฝากครรภ์ตามนัดได้ ส่งผลให้ขาดการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

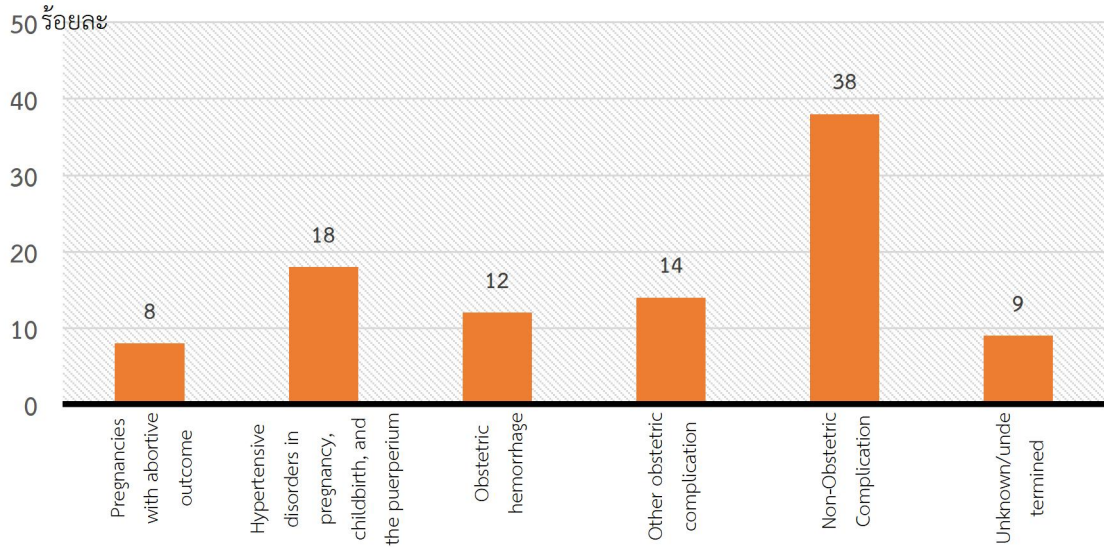
แผนภาพที่ 2 อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค. 65- ก.ย.66)



นอกจากนี้ยังพบสาเหตุการตายที่พบบ่อย 5 ลำดับแรก คือ ตกเลือด, ภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรควัหัวใจ และภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและลำไส้ อย่างรุนแรง โดยสาเหตุการตายทางตรงที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดมาจากภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์และตกเลือดมากที่สุด ซึ่งสาเหตุการตายทั้ง 2 สาเหตุเป็นการตายที่สามารถป้องกันได้ โดยพบการตายมารดาจากความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 18 ตกเลือดร้อยละ 12 ซึ่งเกิดจากตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกไม่หดตัว และภาวะรกเกาะติดอันมีสาเหตุมาจากการผ่าตัดคลอดซ้ำจากที่เคยผ่าตัดคลอดในการตั้งครรภ์ก่อนซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มพบได้มากขึ้น

ดังนั้นการจะลดการตายมารดาให้ได้ผลสำเร็จ ต้องมุ่งเน้นที่มาตรการป้องกันการตายจากการตกเลือด และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดให้ได้ผล กรมอนามัยจึงได้ขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วน “ลดการตายมารดาจากการตกเลือดและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์คลอดและหลังคลอด” โดยจัดทำแนวทาง การดูแลรักษาภาวะตกเลือดและการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ให้กับสถานบริการทั่วประเทศ มีการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับประเทศเพื่อถ่ายทอดนโยบายและขับเคลื่อนมาตรการ เน้นการพัฒนาคุณภาพบริการการฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด การบริหารจัดการความเสี่ยงและการเยี่ยมเสริมพลังเพื่อเป็นการสนองต่อการขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการลดการตายจากการตกเลือด

แผนภาพที่ 3 ร้อยละการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM : WHO ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566)



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดาและทารก ณ วันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๖
กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย

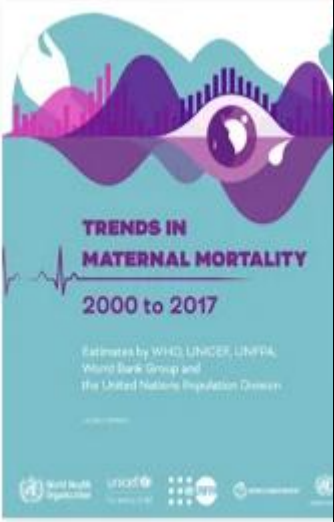
ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดของการดำเนินการ


1. ระบบบริหารจัดการ MCH Board คุณภาพและการขับเคลื่อนการดำเนินงานไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
2. ระบบบริการคุณภาพที่ยังไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานการดำเนินงาน
3. บุคลากรใหม่ขาดทักษะและความชำนาญ
4. การจัดการการตั้งครรภ์เสี่ยง และลดปัจจัยเสี่ยง ชุมชนไม่มีข้อมูลความเสี่ยงต่าง ๆ และไม่ได้ติดตามทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง
5. ระบบสื่อสารเพื่อการดูแลกลุ่มเสี่ยงขาดความชัดเจน หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรมขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์

ความท้าทาย (Challenges)

1. จัดทำยุทธศาสตร์ระดับชาติ/แผนงานโครงการที่สอดคล้องกับแผนความมั่นคง 20 ปี เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่สอดคล้องในทุกระดับ
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร อบรม/ซักซ้อมสถานการณ์ ทางสุติกรรมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. สร้างความตระหนักแก่ประชาชนต่อผลที่เกิดขึ้นจากการเกิดปัญหา การดูแลฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอดที่สำคัญควรให้มารดาหลังคลอด และญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหลังคลอดมากขึ้น
4. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยง โดยการสื่อสารสร้างความตระหนักรู้ของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ส่งเสริมการฝากครรภ์เร็ว/สร้างกระแสสังคมการดำเนินงานผ่านโปรแกรม ส่งเสริมพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้วยการตั้งครรภ์/ยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของภาคประชาชน

ความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

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/
<p>Maternal mortality: Levels and trends 2000 to 2017</p>  <p>Maternal mortality: Level trends 2000 to 2017</p>	https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3-1-maternal-mortality
<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 THAILAND</p>	https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/maternal-health-countries/maternal_health_tha_en.pdf
SDG indicator metadata	https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-01-01.pdf?sfvrsn=d1d1d291_3
Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis	https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext?sequence=1

ประเด็นความรู้	แหล่งข้อมูล
<p>Ending preventable maternal mortality (EPMM)</p>  <p><u>Ending preventable maternal mortality (EPMM)</u></p>	<p>https://srhr.org/mmr2030/?year=2015?mmr=219?arr=6.1</p>
<p>Maternal Mortality on-line progress calculator</p>	<p>https://srhr.org/mmr2030/download/Technical%20details_Nov%202019.pdf</p>