

## วิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงานตัวชี้วัด “อัตราการตายมารดาไทยต่อแสนการเกิดมีชีพ”

ผลการดำเนินเดือนตุลาคม 2566 - มีนาคม 2567

กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย

เมษายน 2567

### สถานการณ์การตายมารดาทั่วโลก

อัตราการตายมารดาทั่วโลกสูงจนไม่อาจยอมรับได้ ผู้หญิงประมาณ 287,000 ราย เสียชีวิตขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด จากการรวบรวมข้อมูลจากประเทศสมาชิกของ WHO ในปี พ.ศ.2563 มีหญิงตั้งครรภ์จนถึง หลังคลอดเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 800 ราย หรือเกิดขึ้นเกือบทุกสองนาทีก่อน โดยเกือบ 95% ของการเสียชีวิตของมารดา ทั้งหมดเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและประเทศที่มีรายได้ปานกลาง และส่วนใหญ่เสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้อง กับการตั้งครรภ์และการคลอด (direct cause สาเหตุที่ป้องกันได้) จำนวนการเสียชีวิตของมารดาที่สูงในบางพื้นที่ ของโลกสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ และช่องว่างระหว่างฐานะ เกือบ 95% ของการเสียชีวิตของมารดาทั้งหมดเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยประเทศที่มีรายได้ น้อยมีอัตราการตายมารดาอยู่ที่ 430 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ส่วนประเทศที่มีรายได้สูงอัตราการตาย มารดาอยู่ที่ 12 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน

ในระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง 2563 อัตราส่วนการตายมารดาทั่วโลกลดลงประมาณ 34% เมื่อจำแนก อัตราส่วนการตายมารดาตามภูมิภาค/ทวีปของโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2563 (จากการรายงานผลการดำเนินงานตาม เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) พ.ศ.2563) ทวีปแอฟริกาตอนใต้ฝั่งทะเลทรายซาฮารา มีสัดส่วนของอัตราการ ส่วน การตายมารดา มากที่สุดในโลก คิดเป็นร้อยละ 70 (จำนวนการตายมารดา 202,000 รายต่อปี) ของการเสียชีวิตของ มารดาทั่วโลก ถึงแม้ว่าอัตราการตายมารดาของทวีปแอฟริกาตอนใต้ฝั่งทะเลทรายซาฮาราจะสูงมาก แต่ก็ ประสบความสำเร็จในการลดอัตราการตายมารดาโดยสามารถลดลงถึง 33% และในช่วงเวลาเดียวกันทวีปที่ ประสบความสำเร็จในการลดอัตราการตายมารดาได้มากที่สุดได้แก่ทวีปยุโรปตะวันออกโดยลดลงถึง 70% (จาก MMR ที่ 38 เหลือ 11) และ และทวีปเอเชียใต้ 67% (จาก MMR ที่ 408 ลดลงเหลือ 134) ตามลำดับ

### เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและการลดการตายมารดา

ในบริบทของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) ประเทศต่างๆ ได้ประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อน การดำเนินงานเพื่อเร่งรัดนโยบายและมาตรการในการลดอัตราการตายมารดาภายในปี พ.ศ. 2573 “การลด MMR ทั่วโลกให้น้อยกว่า 70 ต่อการเกิด 100,000 คน โดยไม่มีประเทศใดที่มีอัตราการเสียชีวิตของมารดาเกินกว่า สองเท่าของค่าเฉลี่ยทั่วโลก” อัตราส่วนการตายมารดาทั่วโลกในปี พ.ศ.2563 เท่ากับ 223 ต่อการเกิด 100,000 คน ดังนั้นการที่จะบรรลุตามค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ภายในปี พ.ศ. 2573 อัตราส่วนการตายมารดาทั่วโลกจะต้องลดลง 11.6% ต่อปี ทำให้ปัญหาการตายมารดา ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญและมีความยากลำบากในการไปสู่ความสำเร็จ ตามค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้เนื่องจากเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนยังเหลืออีก 10 ปี ถึงเวลาแล้วที่ประเทศสมาชิกทั่วโลก จะร่วมมือกันในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ระดมความคิด ระดมทุน ความรู้ เทคโนโลยี และฟื้นฟูความมุ่งมั่น ในระดับโลก ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และระดับชุมชน เพื่อยุติการเสียชีวิตของมารดาที่สามารถป้องกันได้

**ผลการวิเคราะห์สถานการณ์อัตราส่วนการตายมารดาในประเทศไทย  
เปรียบเทียบกับประเทศสมาชิก SDGs  
(Comparisons)**

จากการสำรวจผลการดำเนินงานของ WHO UNICEF UNFPA World Bank และ United Nations Population Division ของประเทศสมาชิก SDGs ในปี พ.ศ.2563 พบการตายมารดาทั่วโลก 223 ราย ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน โดยจำแนกได้ตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 อัตราส่วนการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน**

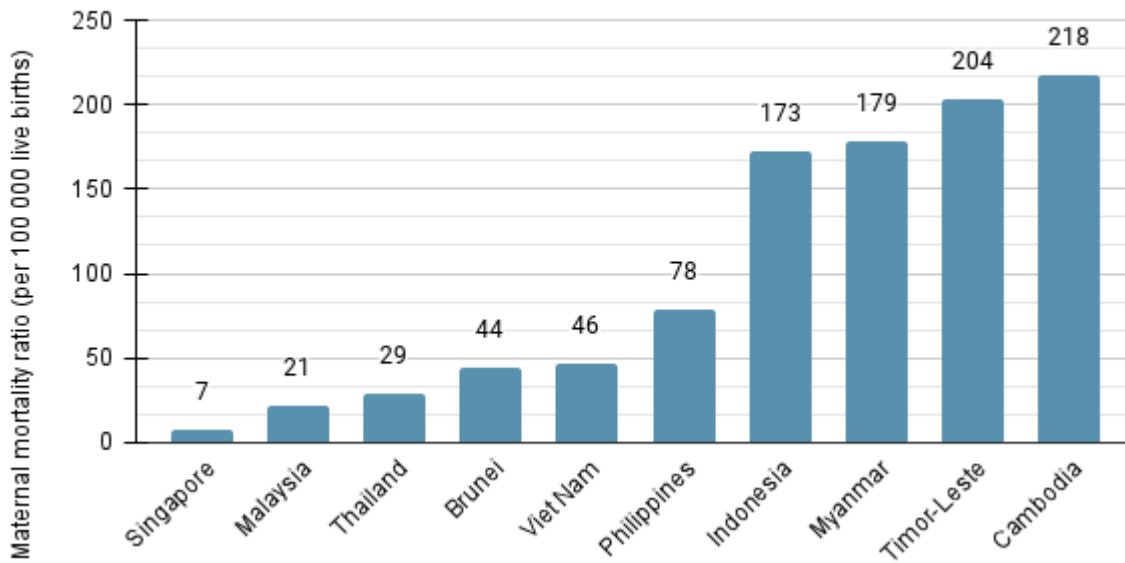
WHO Region	2528	2533	2538	2543	2548	2553	2558	2563
Africa	1007	937	879	788	696	647	581	531
Americas	148	122	95	68	64	60	58	68
Eastern Mediterranean	414	357	409	356	296	231	196	179
Europe	56	41	37	26	20	15	12	13
South-East Asia	644	522	447	372	289	197	148	117
Western Pacific	131	100	93	76	63	49	42	44
World	441	377	379	339	296	254	227	223
Thailand	78	60	47	48	40	35	30	29

ที่มา: World Health Statistics 2020,WHO

ในปี พ.ศ.2563 ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 117 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เมื่อจำแนกตามกลุ่มประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกได้ทำการคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 29 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน และเมื่อเปรียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยกับประเทศในภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่ำเป็นอันดับ 3 ของภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) รองจากประเทศ สิงคโปร์ (7 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) มาเลเซีย (21 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) ถึงแม้ว่าในหลายประเทศโดยเฉพาะทางแถบทวีปเอเชียประสบความสำเร็จในการลดการตายมารดาแต่การดำเนินการเพื่อลดการตายมารดาก็ยังมีปัญหาในการวัดหรือคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดา ประเทศต่าง ๆ ไม่มีตัวเลขข้อมูลพื้นฐานที่ดีของการคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดา

แผนภาพที่ 2 อัตราส่วนการตายมารดาในกลุ่มประเทศสมาชิกในทวีปเอเชีย พ.ศ.2563

MMR vs. Country



ที่มา: World Health Statistics 2020,WHO

สถานการณ์การดำเนินงานเดือนตุลาคม 2566 - มีนาคม 2567

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา กองอนามัยมารดาและทารก พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 15.84 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งถือว่าบรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตสุขภาพพบว่า มี 7 เขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ได้แก่เขตสุขภาพที่ 7, 13, 4, 6, 1, 9, และเขต 11 ส่วนเขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่เขตสุขภาพที่ 3, 8, และ 2 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67)

เขตสุขภาพ	จำนวนมารดาตาย	เกิดมีชีพ	อัตราส่วนการตาย
1	2	17753	11.27
2	3	10672	28.11
3	3	7825	38.34
4	1	17532	5.70
5	4	17904	22.34
6	3	29193	10.28
7	0	13538	0.00
8	5	16482	30.34

เขตสุขภาพ	จำนวนมารดาตาย	เกิดมีชีพ	อัตราส่วนการตาย
9	3	20027	14.98
10	3	14051	21.35
11	3	17834	16.82
12	7	25828	27.10
13	0	24897	0.00
<b>รวมประเทศ</b>	<b>37</b>	<b>233536</b>	<b>15.84</b>

ที่มา : กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย ข้อมูล ณ เดือน ต.ค.66-มี.ค.67

เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM WHO พบว่าสาเหตุการตายหลักของมารดามาจากสาเหตุทางสูติกรรมถึงร้อยละ 49 โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดการตายมากที่สุดได้แก่ ตกเลือดระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดและยังพบสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอายุรกรรมมีถึงร้อยละ 32 ซึ่งส่วนใหญ่ตายจากโรคหัวใจ การติดเชื้อ เป็นต้น

#### ตารางที่ 4 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาจำแนกตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ICD-MM

Cause of death	Percent
<b>Direct</b>	<b>49</b>
— Pregnancies with abortive outcome	5
— Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium	11
— Obstetric hemorrhage	16
— Other obstetric complication	16
<b>Indirect</b>	<b>32</b>
<b>unknown</b>	<b>19</b>

ที่มา : กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย ข้อมูล ณ เดือน ต.ค.66-มี.ค.67

สาเหตุการตาย 5 ลำดับแรก ได้แก่ การตกเลือดอันเนื่องมาจากมดลูกไม่หดตัวและภาวะรกเกาะติดที่มีสาเหตุมาจากการผ่าตัดคลอดซ้ำจากที่เคยผ่าตัดคลอดในการตั้งครรภ์ก่อนซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มพบได้มากขึ้น , ภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรคหัวใจและภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและลำไส้อย่างรุนแรง การตกเลือดระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดสามารถป้องกันได้ ดังนั้นการจะลดการตายมารดาให้ได้ผลสำเร็จ ต้องมุ่งเน้นที่มาตรการป้องกันการตายจากการตกเลือดที่สามารถเฝ้าระวังและป้องกันได้ล่วงหน้า นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดเป็นอีกสาเหตุที่สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรกจึงทำให้เจ้าหน้าที่สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง กรมอนามัยจึงได้ขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วน “ลดการตายมารดาจากการตกเลือดและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์คลอดและหลังคลอด”

โดยจัดทำแนวทาง การดูแลรักษาภาวะตกเลือดและการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ให้กับสถานบริการทั่วประเทศ มีการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับประเทศเพื่อถ่ายทอดนโยบายและขับเคลื่อนมาตรการเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการการฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด การบริหารจัดการความเสี่ยงและการเยี่ยมเสริมพลังเพื่อเป็นการสนองต่อการขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการลดการตายจากการตกเลือด

### การวิเคราะห์ช่องว่างของระบบกับมาตรฐานบริการผ่าน 3 Delays Model

1) Delay in decision to seek care หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ในการดูแลและสังเกตความเสี่ยงเสี่ยงด้วยตนเอง ขาดการวางแผนครอบครัว เข้ารักษาไม่ต่อเนื่องล่าช้า กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย/สิทธิในการรักษา

2) Delay in reaching health facility care การส่งต่อผู้ป่วย/Case เร่งด่วนยังมีปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่างสถานบริการและหน่วยงานภายใน กระบวนการส่งต่อยุ่งยากหลายขั้นตอน

3) Delay in receiving quality care : 1) human error บุคลากรมีการวินิจฉัย การดูแลรักษาและการส่งต่อล่าช้า 2) ทักษะของบุคลากรขาดความเชี่ยวชาญในการประเมินความเสี่ยงที่ ANC ,LR Under estimate blood loss ล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษา 3) คลังเลือดไม่พร้อมการเตรียมความพร้อม ก่อนตั้งครรภ์

### วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหา / สาเหตุ / สิ่งสะท้อนความสำเร็จ

- 1) สาเหตุหลักของการตายมารดาเกิดจากสาเหตุตกเลือดติดต่อกมาเป็นเวลามากกว่า 10 ปี
- 2) ความล่าช้าในระบบการบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์และการเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
- 3) การตายส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น ตกเลือด ความดันโลหิตสูง อันเนื่องมาจากความพร้อมของทรัพยากร ทักษะบุคลากร และระบบส่งต่อ
- 4) การตายจากโรคอายุรกรรมมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- 5) อัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้น
- 6) หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว ขาดความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
- 7) การค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกให้เข้าสู่บริการฝากครรภ์เร็วก่อน 12 wks รพ.สต.ในพื้นที่ถ่ายโอนภารกิจไป อบจ. ทำให้บางพื้นที่ขาดการประเมินและจัดทำ Care Plan pregnancy ในระดับพื้นที่
- 8) ตัวชี้วัดฝากครรภ์คุณภาพปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดใหม่ ระบบ HDC ไม่ประมวลผลข้อมูลทำให้การติดตามผลการดำเนินงานเป็นไปอย่างยากลำบาก
- 9) ระบบรายงานและการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการตายมารดาและทารก MPDSR system ไม่เสถียรอันเนื่องมาจากมีผู้ใช้งานจำนวนมาก อาจทำให้ระบบข้อมูลประมวลผลล่าช้า
- 10) การเข้าถึง โทรศัพท์ ระบบไอที ระบบอินเทอร์เน็ตยังไม่ทั่วถึง และการใช้งานผ่านช่องทาง Digital platform ไม่ตอบโจทย์บริบทของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่มีชุมชนเมือง

## ข้อตกลงในการพัฒนาระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็กร่วมกับ องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิก ตามพันธสัญญา SDGs

ประเทศไทยทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในประเทศและระหว่างประเทศในการลดการเสียชีวิตของมารดา โดยการทบทวน วิเคราะห์สาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาของระบบบริการ ค้นคว้าวิจัย ให้คำแนะนำทางคลินิกและเชิงโปรแกรมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ประเทศไทยยังเร่งกำหนดและประกาศใช้มาตรฐานที่สอดคล้องกับมาตรฐานโลก พร้อมให้การสนับสนุนทางเทคนิคแก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและประเทศใกล้เคียง ในการพัฒนาและดำเนินการตามนโยบายและแผนงานที่มีประสิทธิผลตามที่กำหนดไว้ในกลยุทธ์การยุติการเสียชีวิตของมารดาที่ป้องกันได้ และการยุติการเสียชีวิตของมารดาที่สามารถป้องกันได้

การมุ่งเน้นครั้งใหม่เพื่อปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของมารดาและทารกแรกเกิด กรมอนามัยกำลังทำงานร่วมกับพันธมิตรในประเทศต่างๆ ที่สนับสนุนเพื่อ

1. ลดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงและคุณภาพของบริการดูแลสุขภาพการเจริญพันธุ์ แม่และเด็กแรกเกิด
2. จัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับการดูแลสุขภาพการเจริญพันธุ์ มารดา และทารกแรกเกิดอย่างครอบคลุม
3. ระบุสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดา การเจ็บป่วยจากการเจริญพันธุ์และมารดา ที่ถูกต้อง
4. พัฒนาระบบสุขภาพให้มีคุณภาพสูง ปรับปรุงคุณภาพการดูแลและความเท่าเทียม สร้างความมั่นใจในคุณภาพบริการ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้หญิงตั้งครรภ์และทารก

ผู้ประสานงาน : นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์  
ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
หน่วยงาน : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย  
E-mail : loogjun.ph@hotmail.com  
Tel. 02 590 4438