

วิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2567 Surveillance of maternal mortality in Thailand, year 2024

โดยกลุ่มอนามัยมารดาและเด็กปฐมวัย กรมอนามัย

บทนำ

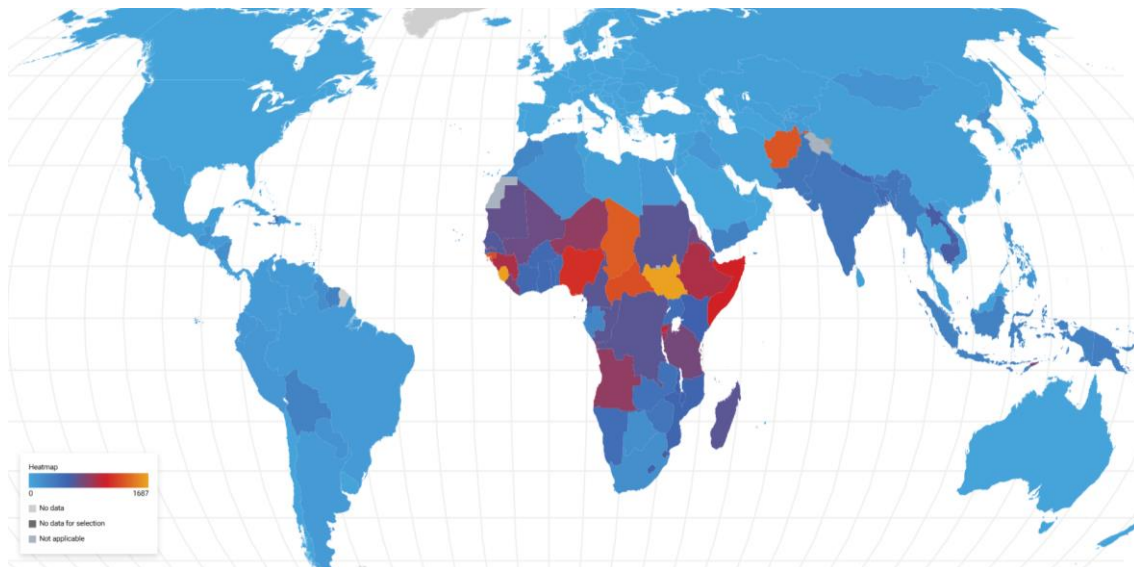
นานาประเทศทั่วโลกต่างยอมรับว่าการเจ็บป่วยและการตายคือดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของประชากรที่สำคัญ โดยเฉพาะการป่วยและการตายมารดาและทารกสามารถบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มสตรีและเด็กได้โดยตรง นอกจากนี้ยังสามารถบอกถึงสภาพเศรษฐกิจ สังคม ความเป็นอยู่ ความครอบคลุม การเข้าถึงบริการสุขภาพและความเพียงพอของบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข การตั้งครุฑและการคลอดบุตรที่ปลอดภัยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้หญิงทุกคนทั่วโลกควรได้รับ แม้ว่าปัจจุบันในหลายประเทศจะมีความก้าวหน้าด้านการแพทย์อย่างมาก สามารถดูแล รักษา ช่วยเหลือ จนสามารถลดการตายของมารดาและทารกแรกเกิดได้ แต่คุณภาพการดูแลที่ให้และรับบริการนั้นแตกต่างกันอย่างมาก ในบางประเทศการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมีอยู่อย่างจำกัดและความแตกต่างของการเข้าถึงการรักษา ดูแล รวมถึงศักยภาพด้านการแพทย์ ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพอนามัยแม่และเด็กทั่วโลกยังไม่สามารถลดอัตราการตายมารดาและทารกได้ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนหรือ SDGs ได้ภายในปี 2573

การกำหนดปัจจัยสุขภาพและการวัดผลการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนางานและการเสริมสุขภาพดีแบบองค์รวมแก่กลุ่มเป้าหมายในระดับโลก ประเทศ และภูมิภาค ดังนั้นการมีสถิติที่สอดคล้องกับนานาชาติจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนางานและยังมีส่วนช่วยในการติดตามความคืบหน้าในการบรรลุเป้าหมายกลยุทธ์ระดับโลกอีกด้วย ทั้งนี้การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ความเสี่ยงด้านสุขภาพของหญิงตั้งครุฑและทารกจึงเป็นสิ่งสำคัญ การได้มาของข้อมูลที่ถูกต้อง รวดเร็ว แม่นยำ จะทำให้ทราบถึงสาเหตุการป่วย ตายที่แท้จริง และสามารถนำไปสู่การสร้างนโยบายที่เหมาะสมในการพัฒนางานในระดับประเทศต่อไป

สถิติสุขภาพโลก 2024 และการติดตามสุขภาพเพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3

เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDGs) ประกอบด้วยเป้าหมายหลัก 17 ค่าเป้าหมาย 169 ตัวชี้วัด ซึ่งประเทศสมาชิกสหประชาชาติทั้ง 191 ประเทศตกลงที่จะพยายามบรรลุให้ได้ภายในปี 2030 หากกล่าวถึงค่าเป้าหมายด้านสุขภาพได้แก่ เป้าหมายข้อ 3 : ประชาชนทุกคนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในทุกช่วงวัย โดยมี 13 เป้าหมายหลัก และ 16 เป้าหมายย่อย ซึ่งค่าเป้าหมายทั้งหมดนี้เกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพหรือจะส่งผลทางอ้อมต่อสุขภาพ และมุ่งเน้นไปที่การปรับปรุงความเสมอภาคเพื่อตอบสนองความต้องการของสตรี เด็ก และประชากรผู้ด้อยโอกาส ซึ่งการเฝ้าระวังการตายนมารดาและทารกจะสัมพันธ์กับ SDG Target 3.1 Maternal mortality

สถานการณ์โลกกับการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาตามค่าเป้าหมาย SDG 3.1 ลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกให้น้อยกว่า 70 ต่อแสนการเกิดมีชีพ



ปัจจัยสำคัญ (Key facts) ของสถานการณ์การการตายมารดาและทารกแรกเกิดทั่วโลก ปี พ.ศ. 2563

- 1) ทั่วโลกจะมีหญิงตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดเสียชีวิตจากสาเหตุที่ป้องกันได้ 800 รายต่อวัน
- 2) ทุก 2 นาที จะมีมารดาเสียชีวิต 1 ราย
- 3) ระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2563 อัตราส่วนการตายมารดาทั่วโลกลดลงร้อยละ 34
- 4) ร้อยละ 95 ของการตายมารดาเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำ (low income) และประเทศที่มีรายได้ปานกลางระดับล่าง (lower middle income)
- 5) การดูแลหญิงตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะตั้งแต่ตั้งครรภ์ คลอด จนถึงหลังคลอดบุตรสามารถช่วยชีวิตมารดาและทารกแรกเกิดได้

สถานการณ์การตายมารดาในปัจจุบันสูงเกินกว่าจะยอมรับได้ ในปี 2563 ผู้หญิงทั่วโลกราว 287,000 รายเสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด โดยร้อยละ 95 ของการตายมารดาเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางระดับล่าง สาเหตุการตายมารดาส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ ในปี พ.ศ. 2563 ทวีปแอฟริกาใต้มีมารดาตายมากถึงร้อยละ 70 (202,000 ราย) ในขณะที่เอเชียใต้มีมารดาตายร้อยละ 16 (47,000 ราย) และในระหว่างปี พ.ศ.2543 -2563 (ค.ศ.2000 ถึง 2020) ยุโรปตะวันออกและเอเชียใต้ประสบความสำเร็จสูงสุดในการลดอัตราส่วนการตายมารดา (MMR) โดยยุโรปตะวันออกสามารถลดอัตราส่วนการตายมารดาได้ถึงร้อยละ 70 (จาก MMR = 38 เป็น MMR = 11) และเอเชียใต้สามารถลดอัตราส่วนการตายมารดาได้ถึงร้อยละ 67 (จาก MMR = 408 เป็น MMR = 134) แม้ว่าในปี 2563 อัตราส่วนการตายมารดาทั่วโลกจะสูงมากเนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 แต่แอฟริกาใต้ก็สามารถลดอัตราส่วนการตายมารดาได้มากถึงร้อยละ 33 และจากรายงานผลการดำเนินงานของค่าเป้าหมายที่ยั่งยืน (SDGs) ระหว่างปี 2543-2563 พบว่า แอฟริกาตะวันออก แอฟริกาเหนือ เอเชียกลาง เอเชียตะวันออก และยุโรปตะวันตก สามารถลดอัตราส่วนการตายมารดาได้ถึงหนึ่งในสาม ซึ่งโดยรวมแล้วประเทศที่พัฒนาน้อยที่สุด (LDCs) และประเทศกำลังพัฒนาที่ไม่มีทางออกสู่ทะเลสามารถลดอัตราส่วนการตายมารดาได้ถึงร้อยละ 50 ส่วนประเทศเกาะขนาดเล็กที่กำลังพัฒนาอัตราส่วนการตายมารดาลดลงร้อยละ 19

(ที่มา : World Health Statistics 2020,WHO)

สาเหตุการตายมารดาทั่วโลก

ผู้หญิงเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการตั้งครรภ์และการคลอด ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ และส่วนใหญ่สามารถป้องกันหรือรักษาได้ ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อาจเกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์และแย่งในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดการตายมารดาได้แก่

1. ตกเลือด (ส่วนใหญ่ตกเลือดหลังคลอด) ภาวะตกเลือดอาจทำให้ผู้หญิงที่มีสุขภาพแข็งแรงเสียชีวิตได้ภายในไม่กี่ชั่วโมงหากไม่ได้รับการดูแลที่ทันท่วงที การให้ออกซิโตซินทันทีหลังคลอดจะช่วยลดความเสี่ยงของการตกเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การติดเชื้อ (พบมากในระยะหลังคลอด) การติดเชื้อหลังคลอดสามารถป้องกันได้หากแม่หลังคลอดรักษาสุขอนามัยที่ดี และหากตรวจพบสัญญาณการติดเชื้อในระยะเริ่มต้น และทำการรักษาอย่างทันท่วงทีจะสามารถป้องกันการเจ็บป่วยรุนแรงหรือการเสียชีวิตได้
3. ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (pre-eclampsia and eclampsia) การเฝ้าระวังและจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษอย่างเหมาะสมก่อนที่จะเกิดอาการชัก (eclampsia) และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่รวมถึงการให้ยารักษาภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia) เช่น แมกนีเซียมซัลเฟต อาจช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีอาการชักร่วม (Eclampsia) ในผู้หญิงได้
4. ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด (complications from delivery)
5. การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (unsafe abortion)

การเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ การฝากครรภ์เร็วและฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและจัดการความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจำเป็นต้องเข้าถึงการดูแลที่มีคุณภาพในระหว่างตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะ เนื่องจากการจัดการและการรักษาที่ทันท่วงทีสามารถช่วยชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิดได้

ปัจจัยที่ทำให้ผู้หญิงไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

1. ความล้มเหลวของระบบสุขภาพ
 - การดูแลมีคุณภาพต่ำ
 - จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพไม่เพียงพอและได้รับการฝึกอบรมไม่เพียงพอ
 - การขาดแคลนเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น
 - ความล้มเหลวของระบบบริการสุขภาพ
2. ปัจจัยกำหนดทางสังคม รวมถึงรายได้ การเข้าถึงการศึกษา เชื้อชาติและชาติพันธุ์ ที่ทำให้ประชากรบางกลุ่มมีความเสี่ยงมากขึ้น
3. บรรทัดฐานทางเพศ ความไม่เท่าเทียม รวมถึงการถูกจำกัดสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์ที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และราคาไม่แพง
4. ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความไม่มั่นคงและความเปราะบางของระบบสุขภาพ เช่น วิกฤตการณ์ทางภูมิอากาศและด้านมนุษยธรรม

เพื่อปรับปรุงสุขภาพของมารดา จำเป็นต้องระบุและแก้ไขอุปสรรคที่จำกัดการเข้าถึงบริการสุขภาพมารดาที่มีคุณภาพทั้งในระบบสุขภาพและระดับสังคม

สถานการณ์โลกกับการดำเนินงานเพื่อการตายมารดา

เป้าหมาย SDG 3.1 ลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกให้น้อยกว่า 70 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ตารางเปรียบเทียบผลการดำเนินงานและแนวโน้มอัตราส่วนการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คนทั่วโลกโดยจำแนกออกตามพื้นที่การดูแลขององค์การอนามัยโลก

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

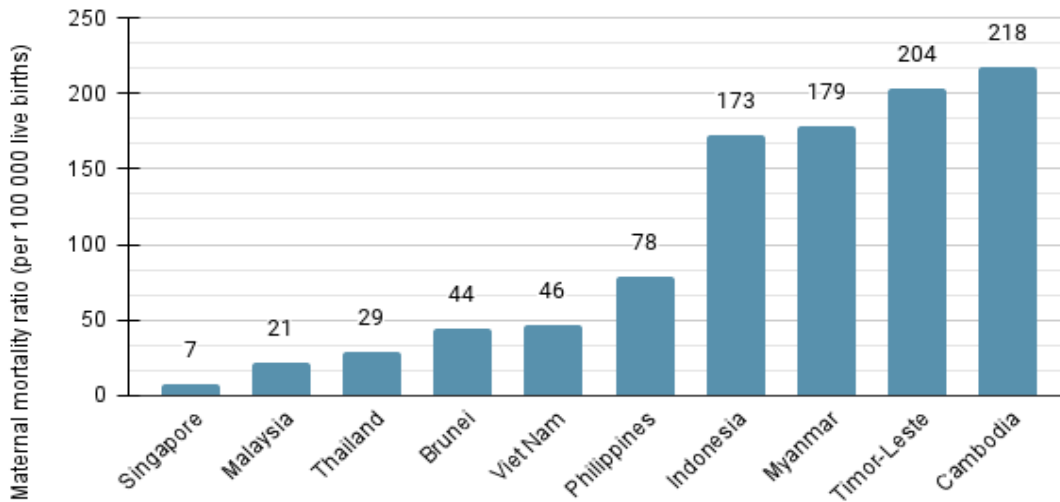
ที่มา: World Health Statistics 2020,WHO

จากการสำรวจผลการดำเนินงานของ WHO UNICEF UNFPA World Bank และ United Nations Population Division ของประเทศสมาชิก SDGs ในปี พ.ศ.2563 พบการตายมารดาทั่วโลก 223 ราย ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน สถานการณ์การตายมารดาในปัจจุบันสูงเกินกว่าจะยอมรับได้ผู้หญิงทั่วโลกราว 287,000 รายเสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด โดยร้อยละ 95 ของการตายมารดาเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางระดับล่าง สาเหตุการตายมารดาส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ โดยในปี พ.ศ. 2563 ประเทศในแถบทวีปแอฟริกาใต้และเอเชียใต้มีมารดาตายถึงร้อยละ 87 (253,000 ราย) โดยที่แอฟริกาใต้เพียงแห่งเดียวมีมารดาตายถึงร้อยละ 70 (202,000 ราย) ในขณะที่เอเชียใต้มีมารดาตายร้อยละ 16 (47,000 ราย) และในระหว่างปี พ.ศ.2543 -2563 (ค.ศ.2000 ถึง 2020) ยุโรปตะวันออกและเอเชียใต้ประสบความสำเร็จในการลดอัตราส่วนการตายมารดา (MMR) สูงสุด โดยยุโรปตะวันออกสามารถลดอัตราส่วนการตายมารดาได้ถึงร้อยละ 70 (จาก MMR = 38 เป็น MMR = 11) และเอเชียใต้สามารถลดอัตราส่วนการตายมารดาได้ถึงร้อยละ 67 (จาก MMR = 408 เป็น MMR = 134)

การส่งเสริมสุขภาพมารดาเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญของ WHO ซึ่งมีพื้นฐานมาจากแนวทางด้านสิทธิมนุษยชนและเชื่อมโยงกับการให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพ แผนการเฝ้าระวังสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิดจึงมุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเฝ้าระวังสุขภาพและทารกด้วยตนเอง ผสมผสานกับการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังของ ครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาลให้สามารถดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกอย่างเป็นรูปธรรม องค์การอนามัยโลกได้ติดตามความคืบหน้าการดำเนินงานตามเป้าหมาย SDG 3.1 และได้จัดทำข้อมูล การวิจัย แนวปฏิบัติทางคลินิก เครื่องมือเชิงโปรแกรม และกลยุทธ์สำหรับการยุติการเสียชีวิตของมารดาที่ป้องกันได้ (EPMM) เพื่อปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของมารดา

แผนภาพแสดงการเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดา
ของกลุ่มประเทศสมาชิกในทวีปเอเชีย พ.ศ.2563

MMR vs. Country



ที่มา: World Health Statistics 2020,WHO

ในปี พ.ศ.2563 ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 117 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เมื่อจำแนกตามกลุ่มประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกได้ทำการคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 29 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน และเมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยกับประเทศในภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่ำเป็นอันดับ 3 ของภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) รองจากประเทศ สิงคโปร์ (7 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) มาเลเซีย (21 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) ถึงแม้ว่าในหลายประเทศโดยเฉพาะทางแถบทวีปเอเชียประสบความสำเร็จในการลดการตายมารดาแต่การดำเนินการเพื่อลดการตายมารดาก็ยังมีปัญหาในการวัดหรือคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดา ประเทศต่าง ๆ ไม่มีตัวเลขข้อมูลพื้นฐานที่ดีของการคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดา จากแหล่งข้อมูลทั้งหมด 115 ประเทศ มารดาเสียชีวิตระหว่างปี 2003 ถึง 2009 จำนวน 60,799 ราย สาเหตุการเสียชีวิตของการเสียชีวิตของมารดาเกิดจากสาเหตุทางสูติกรรมโดยตรงร้อยละ 73 ในขณะที่การเสียชีวิตจากสาเหตุทางอ้อมคิดเป็นร้อยละ 27.5 สาเหตุการตายจากการตกเลือดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ 27.1 ของการเสียชีวิตของมารดา และความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายอันดับสองคิดเป็นร้อยละ 14.0 นอกจากนี้ยังพบการตายเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 10.7 การทำแท้งคิดร้อยละ 7.9 และภาวะเส้นเลือดอุดตันและสาเหตุโดยตรงอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 12.8 (ที่มา : Say L, Chou D, Gemmill A และคณะ สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก: การวิเคราะห์เชิงระบบขององค์การอนามัยโลก Lancet Global Health 2014;2(6): e323-e333)

จากการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบันส่งผลให้ประเทศไทยมีอัตราส่วนการตายมารดาลดลงและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องและสามารถลดได้ตามต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) จึงถือได้ว่า **ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดอัตราส่วนการตายมารดาตามค่าเป้าหมายของโลก (SDGs Target 3.1)**

สถานการณ์การเฝ้าระวังการตายมารดาและทารกในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2567

การส่งเสริมประชาชนให้สามารถมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี ส่งผลดีต่อประเทศในหลายด้านเช่น ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ชุมชนเข้มแข็ง สังคมและเศรษฐกิจสามารถพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพ คุณภาพการดูแลจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพตลอดช่วงชีวิตประเทศ การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสะท้อนถึงศักยภาพและคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุข นอกจากนี้การมีฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและครบถ้วนถูกต้องยังสามารถพยากรณ์สุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ตลอดจนถึงคลอดได้อีกด้วย ประเทศไทยได้กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักทางด้านสาธารณสุขเพื่อวัดสภาวะสุขภาพประชากร อันจะแสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการคุณภาพของการฝากครรภ์ การดูแลระหว่างคลอด และหลังคลอด ซึ่งให้เห็นถึงสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงโดยตรงและยังสะท้อนให้เห็นถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคมโดยอ้อม นอกจากนี้สำนักส่งเสริมสุขภาพยังกำหนดตัวชี้วัดกระบวนการ/KPI Proxy ขึ้นเพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายและการแก้ปัญหาตั้งที่กล่าวมาข้างต้น และมีผลการดำเนินงานดังต่อไปนี้

ตารางแสดงผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดาและทารกปีงบประมาณ 2567

รายการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	25.1	26.6	25.9	21.4	18.85
2. อัตราตายทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirth)	5 ต่อพันการเกิดทั้งหมด	4.4/1000	4.5/1000	4.9/1000	4.7/1000	4.6/1000
3. อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น (Early Neonatal Mortality Rate : ENMR)	เทียบผลการดำเนินงานกับปีที่ผ่านมา	3.9/1000	4.3/1000	4.0/1000	4.1/1000	4.0/1000
4. อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate : NMR)	ไม่เกิน 3.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน	4.2/1000	4.7/1000	4.5/1000	5.3/1000	4.9/1000
5. อัตราตายทารกอายุไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	เทียบผลการดำเนินงานกับปีที่ผ่านมา	6.2/1000	6.8/1000	7.3/1000	8.8/1000	7.6/1000
6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	≥ ร้อยละ 50	-	-	-	2.48	5.57
6.1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 75	87.24	81.5	80.8	75.05	86.26

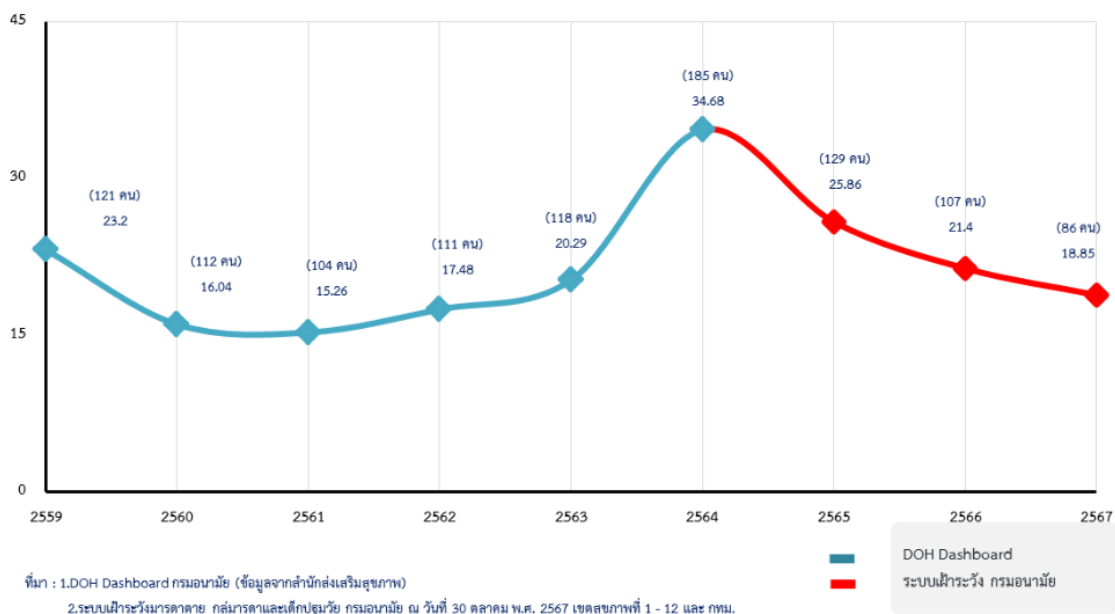
รายการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
6.2 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามชุดสิทธิประโยชน์	≥ ร้อยละ 50	-	-	-	-	
6.3 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน	≥ ร้อยละ 50	-	-	-	-	
6.4 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ผ่านหน้าท้องหรือ ช่องคลอด	≥ ร้อยละ 50	-	-	-	-	
6.5 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์	≥ ร้อยละ 50	-	-	-	-	
6.6 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจโลหิตเพื่อค้นหาเบาหวาน	≥ ร้อยละ 50	-	-	-	-	
7. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	≥ ร้อยละ 75	68.49	71.01	71.66	64.27	60.80
8. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	≤ ร้อยละ 7	9.5	9.8	10.3	10.6	10.7
9. ร้อยละทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	≥ ร้อยละ 50	78.7	71.5	74.9	75.95	74.89

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดาและทารก ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2567
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

จากสถานการณ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ในภาพรวมพบว่าสุขภาพของแม่และเด็กมีแนวโน้มที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ โดยหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบทุกกิจกรรมการ เมื่อหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์เพื่อติดตามสุขภาพของมารดาและทารก เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารก พร้อมทั้งส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนและส่งเสริมอาหารตามวัยควบคู่กับนมแม่จนถึง 2 ปี นอกจากนี้ยังพบทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมค่อนข้างสูงซึ่งสัมพันธ์กับทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirth) และทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate : NMR) โดยสาเหตุการตายทารกแรกเกิดส่วนใหญ่เกิดจาก Preterm cause of death ร้อยละ 24.8 Congenital or Chromosomal anomalies ร้อยละ 22.7 และ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม และถึงแม้้อัตรส่วนการตายมารดาจะสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่

เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพแต่ก็ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (21.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) สาเหตุการตายหลักคือตกเลือดขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์และบุคลากรจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพและความรู้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง พร้อมทั้งการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง และการมีระบบสารสนเทศและการสื่อสารสังคมเพื่อให้เกิดการติดตามหนุนเสริมการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กที่ถูกต้อง เข้าถึงง่าย และทันต่อสถานการณ์ เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กอย่างมีศักยภาพ

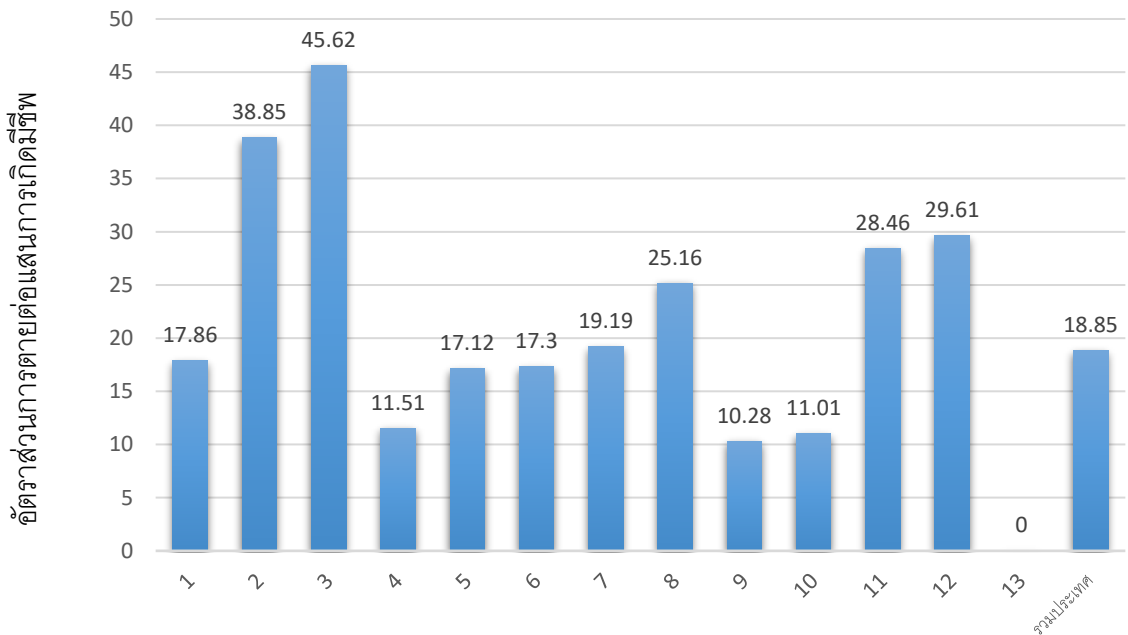
วิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทย ปีงบประมาณ 2567



ที่มา : MDSR System สำนักส่งเสริมสุขภาพ ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2567

จากการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบันกรมอนามัยสามารถจัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย ส่งผลให้ตั้งแต่ 2560 เป็นต้นมาอัตราส่วนการตายมารดาลดลงและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องและสามารถลดได้ต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ถึงแม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาตามค่าเป้าหมายของโลก แต่ผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาของประเทศไทยก็ยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งในปีงบประมาณ 2567 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 18.85 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567) พบเด็กเกิดมีชีพจำนวน 456,169 ราย มารดาตายจำนวน 86 ราย

ตารางแสดงอัตราส่วนการตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ 2567



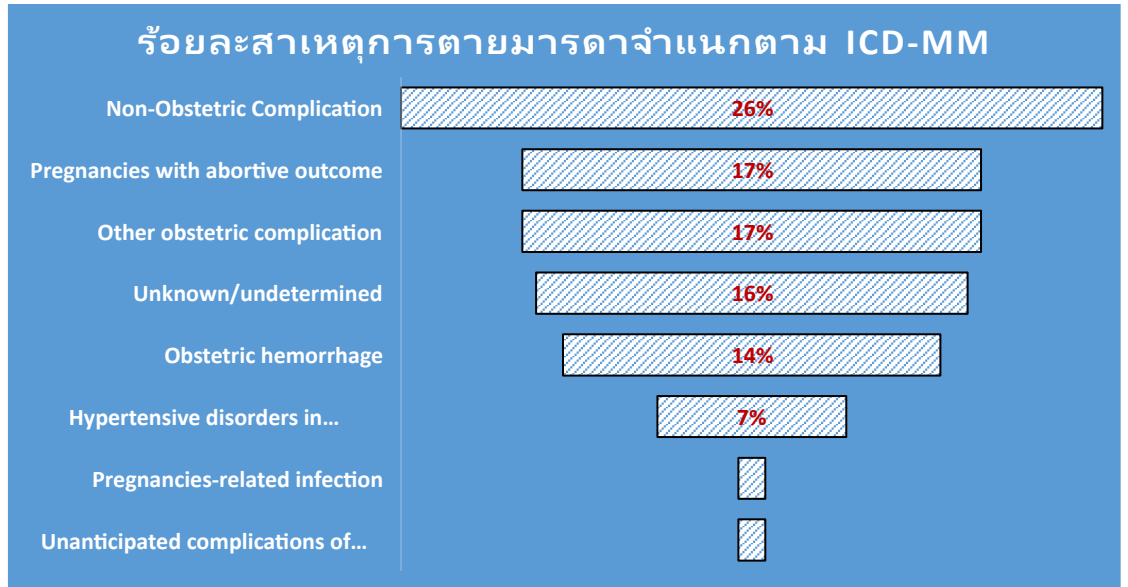
ที่มา : MDSR System สำนักส่งเสริมสุขภาพ ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2567

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - ก.ย.67) เมื่อจำแนกอัตราส่วนการตายมารดาตามเขตสุขภาพพบว่า มีเพียง 4 เขตบริการสุขภาพเท่านั้นที่อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 4 9 10 และ 13 ส่วนเขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 3 2 และ 12 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่มีการตายมารดาสูงเป็นพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง ภาคกลางตอนบน ซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกลมีภูมิประเทศที่เป็นพื้นที่ตามแนวชายขอบของประเทศ ลักษณะภูมิประเทศที่เป็นภูเขาสูง ห่างไกล และเข้าถึงยาก การคมนาคมไม่สะดวก มีวัฒนธรรมหลากหลาย มีความเชื่อทางประเพณีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะส่งผลให้การเข้าถึงระบบบริการยากลำบาก นอกจากนี้ประชากรส่วนใหญ่ค่อนข้างยากจน ไม่สามารถมาฝากครรภ์ตามนัดได้ ส่งผลให้ขาดการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

สาเหตุการตายของมารดาสามารถแบ่งออกเป็นหลายประเภท โดยทั่วไปสามารถแยกออกได้ดังนี้:

- 1) สาเหตุการตายทางตรง เช่น ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด การตั้งครรภ์นอกมดลูก โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ตกเลือด การคลอดก่อนกำหนด การติดเชื้อหลังการคลอด การติดเชื้อในระหว่างการตั้งครรภ์
- 2) สาเหตุทางอ้อม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคโธรมโบสิส (Thromboembolism) โรคเรื้อรัง โรคทางเดินหายใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น รวมถึงพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด

ซึ่งการสนับสนุนในด้านการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ การตรวจสอบและวินิจฉัยอย่างเหมาะสม รวมถึงการดูแลสุขภาพจิต จะสามารถช่วยลดความเสี่ยงการตายของมารดาได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและการรับรู้ในการดูแลสุขภาพที่ดี.



ที่มา : MDSR System สำนักส่งเสริมสุขภาพ ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2567

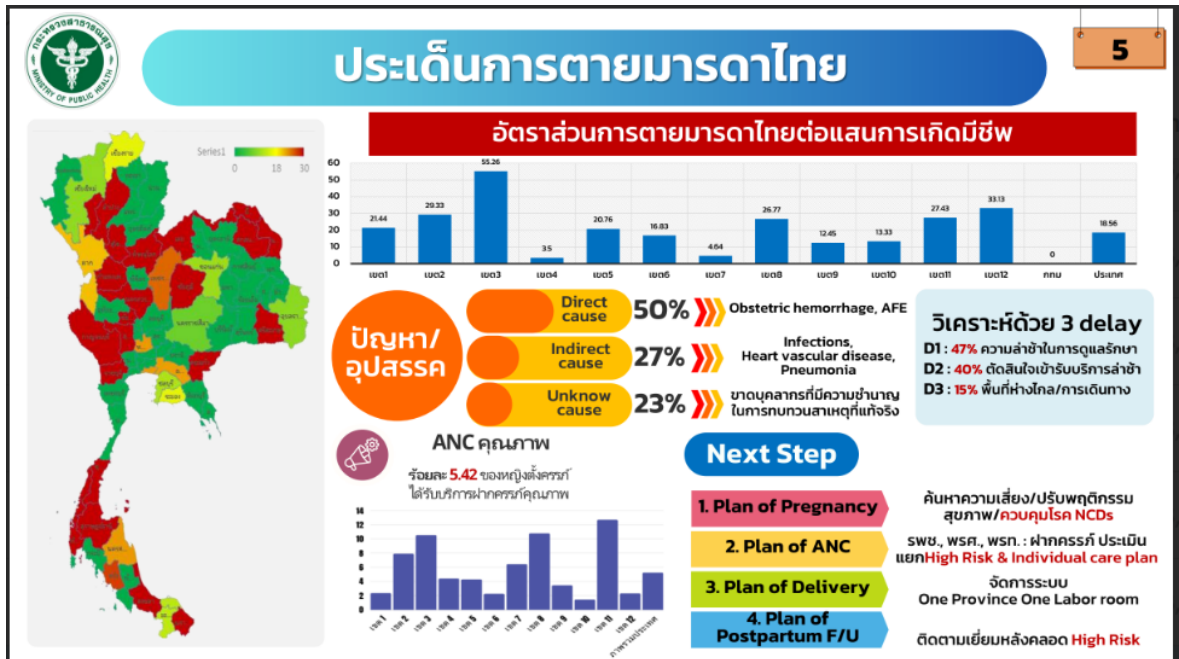
ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา กรมอนามัย พบว่าสาเหตุการตายมารดาที่พบมากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ Pregnancies with abortive outcome , ตกเลือด, ภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และโรคหัวใจ โดยสาเหตุการตายทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ และการคลอดพบมากที่สุดเกิดจากตกเลือดและภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สามารถป้องกันได้ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตจากสาเหตุตกเลือดมาจากมดลูกไม่หดรัดตัว และภาวะรกเกาะติดอันมีสาเหตุมาจากการผ่าตัดคลอดซ้ำจากที่เคยผ่าตัดคลอดในการตั้งครรภ์ก่อนซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มพบได้มากขึ้น ดังนั้นการลดการตายมารดาจึงต้องมุ่งเน้นที่มาตรการป้องกันการตายจากการตกเลือด และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด เน้นการพัฒนาคุณภาพบริการการฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด การบริหารจัดการความเสี่ยงและการเฝ้าระวังส่งเสริมพลังเพื่อเป็นการสนองต่อการขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการลดการตายจากการตกเลือด

ปัจจุบันแนวโน้มการเสียชีวิตของมารดาจากสาเหตุทางอ้อมเพิ่มมากขึ้น สาเหตุการตายที่พบมากที่สุดในประเทศไทยประกอบด้วยหลายปัจจัย ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้:

- 1) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่มีการออกกำลังกาย และอาหารที่ไม่เหมาะสม
- 2) โรคติดเชื้อเช่น โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย ที่ยังคงมีผลกระทบต่อชีวิตประชาชน เช่น โรคไข้เลือดออกและโรคโควิด-19

และยังพบว่าสาเหตุจากสุขภาพจิตเช่น การฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้นในบางกลุ่มประชากรเนื่องจากสภาพสังคม เศรษฐกิจในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบว่าอุบัติเหตุทางถนนยังเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตจำนวนมากในประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ดังนั้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพโดยการลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการตายในประเทศไทยได้.

วิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามมาตรการขับเคลื่อนเพื่อลดการตายมารดา
การดำเนินงาน ปี 2567



หน่วยงานเจ้าภาพ : สำนักส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยของปัญหา

1. Delay in decision to seek care หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ในการดูแลและสังเกต ความเสี่ยงด้วยตนเอง เข้ารักษาไม่ต่อเนื่องล่าช้า กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย/สิทธิในการรักษา
2. Delay in reaching health facility care การส่งต่อผู้ป่วย/Case เร่งด่วนยังมีปัญหาเรื่องการ สื่อสารระหว่างสถานบริการและหน่วยงานภายใน กระบวนการส่งต่อยุ่งยากหลายขั้นตอน
3. Delay in receiving quality care: 1) human error บุคลากรมีการวินิจฉัย การดูแลรักษาและการ ส่งต่อล่าช้า 2) ทักษะของบุคลากรขาดความเชี่ยวชาญในการประเมินความเสี่ยงที่ ANC, LR Under estimate blood loss ล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษา 3) คลังเลือดไม่พร้อม

ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

1. ปรับปรุง แกไขกระบวนการดำเนินงานในระดับประเทศ เขต และพื้นที่ให้สอดคล้องกับบริบทและ ปัญหาเฉพาะของพื้นที่มากยิ่งขึ้น
2. การแปลงแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานสู่การปฏิบัติ มี House model และ Small Success ที่ ชัดเจน ดำเนินการได้จริงในพื้นที่ให้พื้นที่ และสอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้าน สาธารณสุข
3. เพิ่มพูนทักษะแพทย์และบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญ ทบทวน case กรณีมารดาเสียชีวิตทุกราย

มาตรการและแนวทางการขับเคลื่อนตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข
อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

การป้องกันมารดาตาย

อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน: เป้าหมายปีพ.ศ. 2568: 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

- 1 **คัดกรองความเสี่ยง**
ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงและควบคุมโรค NCD และโรคเรื้อรังในวัยเจริญพันธุ์ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์
- 2 **ฝากครรภ์คุณภาพ**
จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (individual care plan) เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล
- 3 **One province one labour room**
มุ่งเน้นการรักษาที่รวดเร็ว การตัดสินใจที่ทันถ่วงที และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
- 4 **ดูแลหลังคลอด**
ให้การดูแลหลังคลอดตามเกณฑ์ พร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะ Postpartum Blues เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในมารดาหลังคลอด

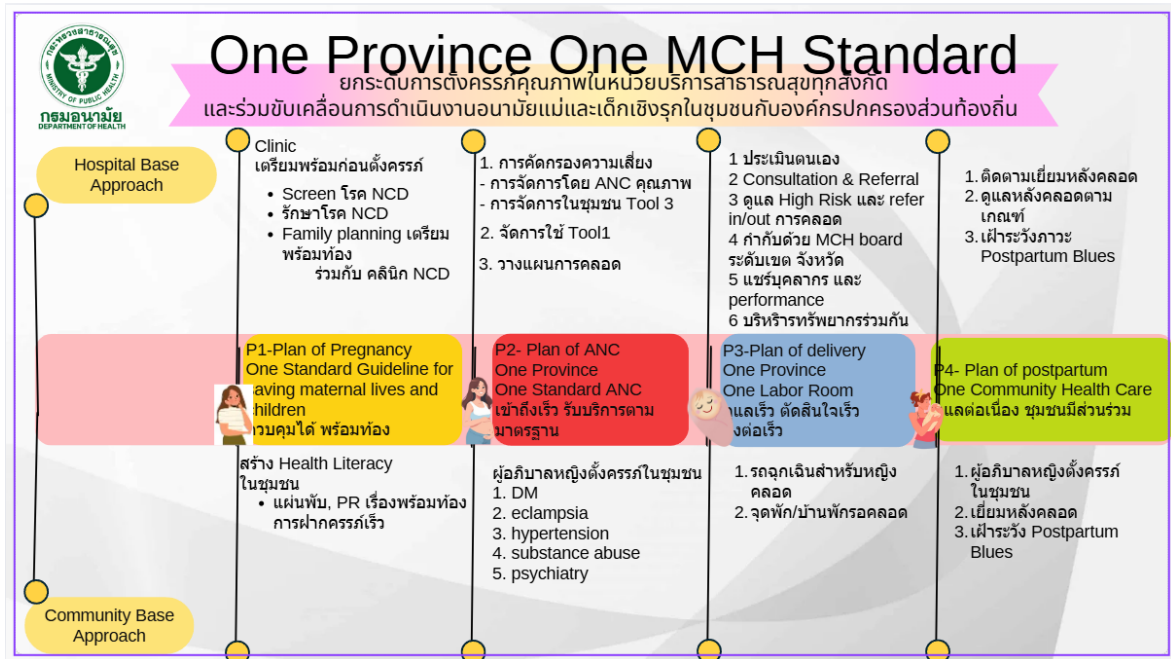


ที่มา : ประชุมชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

มาตรการ 4P

- P1 : Plan of Pregnancy การดูแล ระยะก่อนตั้งครรภ์
Key: ค้นหาความเสี่ยง/ปรับพฤติกรรมสุขภาพ/ควบคุมโรค NCDs
- P2 : Plan of ANC การดูแล ระยะตั้งครรภ์
Key: คัดกรองและจัดการความเสี่ยง Individual care plan
- P3 : Plan of Delivery การดูแล ระยะคลอด
Key: One province one labour room ตัดสินใจเร็ว รักษาเร็วที่ ส่งต่อเร็ว
- P4 : Plan of Postpartum F/U การดูแล ระยะหลังคลอด
Key: ติดตามเยี่ยมหลังคลอด ดูแลหลังคลอดตามเกณฑ์ เฝ้าระวังภาวะ Postpartum Blues

แนวทางการขับเคลื่อนเพื่อลดการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน



1) P1 : Plan of Pregnancy การดูแล ระยะก่อนตั้งครรภ์

Key: ค้นหาความเสี่ยง/ปรับพฤติกรรมสุขภาพ/ควบคุมโรค NCDs

- วางแผนการตั้งครรภ์ /Clinic เตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์
- คุมกำเนิดในรายที่เสี่ยงชีวิตตลอดการตั้งครรภ์
- ค้นหาความเสี่ยง ร่วมกับ คลินิก NCD
- Screen โรค NCD
- รักษาโรค NCD
- Family planning เตรียมพร้อมท้อง
- ปรับพฤติกรรมสุขภาพ (LM)

2) P2 : Plan of ANC การดูแล ระยะตั้งครรภ์

Key: คัดกรองและจัดการความเสี่ยง Individual care plan

- ฝากครรภ์คุณภาพ
- ค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยง/ความเสี่ยง Case High Risk
- Individual care plan
- วางแผนการคลอด
- ผู้อภิบาลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน

3) P3 : Plan of Delivery การดูแล ระยะคลอด

Key: One province one labour room ตัดสินใจเร็ว รักษาเร็วที่ ส่งต่อเร็ว

- ประเมินตนเองด้วยมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล
- มีระบบ Consultation & Referral system- Fast track Obstetrics- Trauma Fast Track Obstetrics
- มี CPG ดูแล High Risk และ refer in/out การคลอด

- กำกับดูแลด้วย MCH board ระดับเขต จังหวัด

Resource Management

- บุคลากร (แพทย์ พยาบาล) จำนวน และ performance
- บริหารทรัพยากรร่วมกัน คลังเลือด คลังยา อุปกรณ์ครุภัณฑ์ที่จำเป็น
- รถฉุกเฉินสำหรับหญิงคลอด จุดพัก/บ้านพักคลอด

4) P4 : Plan of Postpartum F/U การดูแล ระยะเวลาหลังคลอด

Key: ติดตามเยี่ยมหลังคลอด ดูแลหลังคลอดตามเกณฑ์ ฝ้าระวังภาวะ Postpartum Blues

- ติดตามเยี่ยมหลังคลอด
- ประเมินสุขภาพจิต ฝ้าระวัง Postpartum Blues
- Exclusive breastfeeding
- ผู้อภิบาลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน