



สถานการณ์การตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6

ทองม้วน ศรีไชย
สุปวีณา พลະศักดิ์

ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2565

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาสถานการณ์การตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6 นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดีจากทุกภาคส่วนในเขตสุขภาพที่ 6 โดยเฉพาะผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว ที่อนุเคราะห์ดำเนินงานส่งแบบรายงานการตายมารดา (Confidential Enquiries – CE)

ในโอกาสนี้ผู้ทำการศึกษาขอขอบคุณนางศิริพร จริยาจิรวัฒนา รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาคั้งนี้ และได้รับความกรุณา ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณนางปานิสรา สิทธินาม หัวหน้าคลัสเตอร์สตรีและเด็กปฐมวัย ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนวคิด ข้อเสนอหลายประการทำให้การศึกษาคั้งนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบคุณนางสาวสุปวีณา พลศักดิ์ และคณะที่ร่วมดำเนินการทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดีมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้บริหารศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณา และความช่วยเหลือในการศึกษาคั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลืออีกหลายท่านซึ่งไม่สามารถกล่าวนามในที่นี้ได้ทั้งหมด

คณะผู้จัดทำ
ธันวาคม 2565

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายมารดา และศึกษาปัจจัยสาเหตุต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 6 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive statistics) ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 ของเขตสุขภาพที่ 6 ข้อมูลที่เก็บคือ จำนวนมารดาที่เสียชีวิตขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด 42 วัน จากแบบรายงานการตายมารดา (Confidential Enquiries – CE) ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2562 และแบบรายงานตค.2 ของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน

จากการศึกษาพบว่า เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2563 – 2565 มีมารดาตายจากทุกสาเหตุ 65 ราย อัตราส่วนมารดาตาย เท่ากับ 28.65, 38.98 และ 31.66 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน จังหวัดที่มีอัตราส่วนมารดาตายจากทุกสาเหตุเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ จังหวัดตราด อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย เท่ากับ 100.83 รองลงมาคือจังหวัดปราจีนบุรี อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย 61.26 จังหวัดสระแก้ว อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย 53.56 จังหวัดจันทบุรี อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย 40.39 จังหวัดระยอง อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย 34.60 จังหวัดชลบุรี อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย เท่ากับ 31.34 จังหวัดฉะเชิงเทรา อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย เท่ากับ 20.99 และจังหวัดสมุทรปราการมีอัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 11.58 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ มารดาตายที่พบมากที่สุดคือสาเหตุทางตรง (Direct cause) 31 ราย ร้อยละ 47.69 และสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.85 รองลงมาคือ Amniotic Embolism 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.69 สาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) 30 ราย ร้อยละ 46.15 สาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุด คือ Covid-19 จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.31 รองลงมาคือ Heart vascular disease 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.62 และพบสาเหตุการตายที่ไม่สามารถระบุได้ (Unknown) 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.08 และสาเหตุมารดาตายที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก (External cause) คือ อุบัติเหตุ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.08 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ผ่านแบบจำลองความล่าช้า 3 ประการ (3 Delay Model) พบว่า ร้อยละ 60.32 ของมารดาที่เสียชีวิตได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) โดย ร้อยละ 84.29 เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ และร้อยละ 15.71 เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำทดแทนที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกราย เพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว รองลงมาพบ การตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) ร้อยละ 47.62 เช่น ฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่ฝากครรภ์เลยเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ และการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ 15.84 ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาจากระบบส่งต่อ และการสื่อสารโรงพยาบาลล้มเหลว

คำสำคัญ : อัตราส่วนการตายมารดา, สาเหตุทางตรง, สาเหตุทางอ้อม

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	ง
สารบัญภาพ	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	2
1.3 ขอบเขตของการศึกษา	2
1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา	2
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 สถานการณ์การตายมารดา	5
2.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการตายมารดา	7
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	12
3.1 รูปแบบการศึกษา	12
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	12
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	13
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	13
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	14
บทที่ 4 ผลการศึกษา	15
4.1 สถานการณ์การตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6	15
4.2 การวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดา	17
4.3 แนวทางการเฝ้าระวังและแก้ไขมารดาตาย	30
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	32
4.5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ	34
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	35
5.1 สรุปผลการศึกษา	35
5.2 อภิปรายผล	36
5.3 ข้อเสนอแนะ	38
เอกสารอ้างอิง	40
ภาคผนวก	41

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การจัดกลุ่มการตายของมารดา ตามระบบ ICD-MM ขององค์การอนามัยโลก	9
ตารางที่ 2 จำนวนมารดาตาย อัตราส่วนมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน (มารดาตายจากทุกสาเหตุ)	16
ตารางที่ 3 จำนวนมารดาตาย อัตราส่วนมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ไม่รวมการตายมารดาจากสาเหตุการติดเชื้อโควิด 19)	16
ตารางที่ 4 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ 2563	17
ตารางที่ 5 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ 2564	20
ตารางที่ 6 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ 2565	22
ตารางที่ 7 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ 2563 – 2565	26
ตารางที่ 8 แนวทางการเฝ้าระวังและแก้ไขมารดาตาย PPH และ PIH	32

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยระหว่างปีงบประมาณ 2554 – 2564	6
ภาพที่ 2 การเสียชีวิตทั้งหมด (เสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ คลอดบุตร หรือระยะหลังคลอด)	8
ภาพที่ 3 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM ปีงบประมาณ 2563 – 2565	29
ภาพที่ 4 การขับเคลื่อนการจัดการมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 6	31

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

การตายของมารดาที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาาระบบสาธารณสุขอย่างสูง อัตราการตายมารดา (Maternal mortality ratio, MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพของมารดา ทุกประเทศทั่วโลกมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ต้องลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนภายในปี 2573 จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2020 พบการตายมารดาทั่วโลก 211 รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งภูมิภาคเอเชียมีการตายมารดาเฉลี่ยอยู่ที่ 152 รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อจัดอันดับตามกลุ่มประเทศสมาชิกเซียโร (SEARO) พบว่าประเทศไทยสามารถลดอัตราส่วนการตายมารดาได้เป็นอันดับ 2 (37 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) รองจากประเทศศรีลังกา (36 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) และเมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยกับประเทศในภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาไทยในปี ค.ศ. 2017 ต่ำเป็นอันดับ 4 ของประเทศในภูมิภาคอาเซียน (37 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) รองจากประเทศสิงคโปร์ มาเลเซียและบรูไน ซึ่งมีอัตราส่วนการตายมารดาอยู่ที่ 8, 29 และ 31 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ⁽⁸⁾ สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายความลดอัตราการตายของมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2564 และอัตราการตายมารดาของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 – 2564 เท่ากับ 22.5, 22.9 และ 36.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน⁽⁷⁾ ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดา ได้แก่ สาเหตุทางตรง ร้อยละ 49.55, 54.23 และ 34.60 ตามลำดับ สาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 39.64, 37.29 และ 55.67 ตามลำดับ และไม่สามารถระบุสาเหตุได้ ร้อยละ 10.81, 8.48 และ 9.73 ตามลำดับ⁽²⁾ จะเห็นได้ว่าอัตราการตายของมารดาไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ที่ต้องได้รับการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขและข้อตกลงร่วมกันทั่วโลกในการลดอัตราการตายของมารดา

ในเขตสุขภาพที่ 6 อัตราการตายมารดาปี พ.ศ. 2562 – 2564 เท่ากับ 21.22, 28.65 และ 37.42 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดา ได้แก่ สาเหตุทางตรง ร้อยละ 47.75, 45 และ 45.83 ตามลำดับ สาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 50, 55 และ 50 ตามลำดับ และอุบัติเหตุ ร้อยละ 6.25, 0 และ 4.17 ตามลำดับ⁽⁹⁾ ผลการวิเคราะห์พบว่ามีสาเหตุเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับ 1) กระบวนการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ ทักษะความเชี่ยวชาญของบุคลากร ระบบการสื่อสารภายในและระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Delay in receiving adequate health care) 2) ความตระหนักและรอบรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ หลังคลอด หรือหลังทำหัตถการของแม่ (Delay in decision to seek care)

จากรายงานดังกล่าว ชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์การตายของมารดา ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย และเขตสุขภาพที่ 6 โดยอัตราส่วนการตายมารดา บ่งบอกถึงความเป็นอยู่ของสตรี การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ตลอดจนความเพียงพอด้านสถานบริการสุขภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความตระหนักและมองเห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาสถานการณ์การตายมารดา และปัจจัยสาเหตุ เพื่อสามารถวางแผนแก้ไขคุณภาพบริการต่อไป และเพื่อลดปัญหาอัตราตายของมารดาในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6
2. เพื่อศึกษาปัจจัย สาเหตุต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 6

1.3 ขอบเขตการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive statistics) จากแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries – CE)⁽⁶⁾ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2562 และแบบรายงาน ตก. 2⁽⁵⁾ กลุ่มตัวอย่างได้จากกลุ่มตัวอย่างมารดาตาย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 65 ราย โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่า ร้อยละ อัตราส่วนการตายมารดา

1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

การตายของมารดา (Maternal death)

เป็นการตายของหญิงขณะที่กำลังตั้งครรภ์ หญิงที่คลอด หรือเพิ่งไปแล้วยังไม่เกิน 42 วันหลังการคลอดหรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยไม่ต้องคำนึงถึงระยะเวลาหรือตำแหน่งที่มีการตั้งครรภ์จากสาเหตุใดๆ ที่เกี่ยวข้องกัน หรือมีผลกระทบมาจากการตั้งครรภ์หรือการดูแลรักษาแต่ไม่นับการตายที่เกิดจากอุบัติเหตุหรือเหตุที่ไม่คาดคิด

การตายของมารดาแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม ดังนี้

1.) Direct obstetric cause

เหตุตายโดยตรงจากการตั้งครรภ์และการคลอด เป็นการตายที่มีสาเหตุโรคแทรกซ้อนทางสูติกรรมในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด (Pregnancy, labour and puerperium) จากการทำหัตถการ การไม่ได้รับการรักษาหรือการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้อง หรือจากเหตุที่เกิดต่อเนื่องตามมาก็ตามแยกตามกลุ่ม ดังนี้

1.1) สาเหตุการตายของมารดา กลุ่มที่ 1 Pregnancy with abortive outcome มารดาตายจากการแท้ง รวมทั้งแท้งนอกมดลูก แท้งเอง ทำแท้งเถื่อน แพทย์ทำแท้งให้ หรือทำแท้งไม่สำเร็จ แต่มีโรคแทรกซ้อนจนมารดาตาย

การแท้งเอง (Spontaneous Abortion) คือ การแท้งที่เกิดขึ้นได้เอง

การแท้งเพื่อการรักษา (Therapeutic Abortion) คือ การทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงตามความเห็นของแพทย์ เพื่อประโยชน์โดยเฉพาะแก่ชีวิตมารดา เช่นมารดาที่เป็นโรคหัวใจแล้วตั้งครรภ์ ถ้าปล่อยให้ครรภ์เจริญต่อไปอาจจะทำให้มารดาเสียชีวิตได้ แพทย์จึงทำให้การตั้งครรภ์นั้นสิ้นสุดลงตามหลักวิชาการ เป็นการช่วยชีวิตมารดาไว้

การทำแท้งผิดกฎหมาย (Criminal Abortion) คือ การทำให้การตั้งครรภ์นั้นสิ้นสุดลงโดยการกระทำที่ผิดกฎหมาย เช่น การหาวิธีทำให้เด็กแท้งออกโดยวิธีต่างๆ หญิงที่ตั้งครรภ์แล้วไม่คุมกำเนิด

1.2) สาเหตุการตายของมารดาในกลุ่มที่ 2 Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium มักจะพบ มีไข้ขาวในปัสสาวะ และมีความดันโลหิตสูงจนเกิดครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia, Eclampsia)

โรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension) คือ มารดาที่ไม่มีประวัติความดันโลหิตสูงมาก่อนอายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์ การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ถือเอาความดันโลหิตที่เคยเป็น 140/90 มม.ปรอท หรือมากกว่า หรือวินิจฉัยจากความดันโลหิต Systolic สูงขึ้นจากเดิม 30 มม.ปรอท หรือความดันโลหิต Diastolic สูงขึ้นจากเดิม 15 มม.ปรอท โดยการวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมง

1.3) สาเหตุการตายของมารดาในกลุ่มที่ 3 Obstetric hemorrhage มีการเสียเลือดที่เป็นผลจากการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด

ตกเลือดทางสูติกรรม (Obstetric Hemorrhage) คือการตกเลือดทั้งก่อนคลอด หรือหลังคลอด ได้แก่ การตกเลือดจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) การตกเลือดจากรกเกาะต่ำ (Placenta previa) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Aruptio placenta) รกหรือเศษรกค้าง (Retained placenta) มดลูกปลิ้น (Uterine Eversion) การตกเลือดจากมดลูกไม่แข็งตัวหลังคลอดโดยไม่มีสาเหตุ (Uterine Atony) รวมทั้งมดลูกแตก (Uterine Rupture) ซึ่งไม่ใช่เป็นผลการจากการคลอดติดขัด (Obstructed Labour) เช่น จากการกระตุ้นการคลอดอย่างรุนแรง การใช้หัตถการช่วยคลอดที่ไม่ถูกต้อง หรือแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากครรภ์ก่อนมดลูกแตกหรือแยกโดยมารดาไม่รู้สึกลับครรภ์ (Previous cesarean section wound rupture or dehiscence without labour)

1.4) สาเหตุการตายของมารดาในกลุ่มที่ 4 Pregnancy-related infection มีการติดเชื้อเป็นสาเหตุสำคัญ

1.5) สาเหตุการตายของมารดาในกลุ่มที่ 5 Other obstetric complications รวมสาเหตุการตายจากการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอดอื่นๆ ที่ไม่ได้รวมอยู่ในกลุ่มที่ 1-4 ข้างต้น อนึ่งมารดาที่มีอาการ puerperal psychosis หรือ depression จนกระทั่งฆ่าตัวตาย (X60-X84) นั้นไม่มีรหัสในกลุ่มตัว O (โอ) ถึงแม้เป็นเหตุตายจากการตั้งครรภ์โดยตรง ในหนังสือรับรองการตายควรให้ความสำคัญในการลงภาวะการตั้งครรภ์ในหญิงที่ฆ่าตัวตาย เพื่อจะไม่ให้พลาดการรายงาน suicide in pregnancy

1.6) สาเหตุการตายของมารดาในกลุ่มที่ 6 Unanticipated complication of management เป็นการตายของมารดาที่เกิดโรคแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับความรู้สึกทั้งระหว่างการตั้งครรภ์ ระหว่างการคลอดและหลังคลอด

2.) Indirect obstetric deaths

เหตุตายโดยอ้อมจากการตั้งครรภ์และการคลอด เป็นการตายที่เกิดจากโรคที่เป็นมาก่อนการตั้งครรภ์ หรือโรคที่ไม่ใช่เป็นเหตุตายโดยตรงจากการตั้งครรภ์และการคลอดแต่การตั้งครรภ์หรือการคลอดมีผลเกี่ยวข้องทำให้โรครุนแรงขึ้น

2.1.) สาเหตุการตายของมารดา กลุ่มที่ 7 Non-obstetric complications เป็นเหตุตายที่ไม่ได้เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรง กลุ่มนี้มีหลากหลายเป็นโรคที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์โดยตรงแบ่งได้หลายกลุ่ม

3.) สาเหตุการตายของมารดา กลุ่มที่ 8 Unknown/undetermined เป็นเหตุตายของมารดาระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด ที่สาเหตุการตายไม่ทราบ หรือไม่บ่งชี้ชัดเจน

4.) สาเหตุการตายของมารดา กลุ่มที่ 9 Coincidental causes เป็นเหตุตายจากสาเหตุภายนอก (external cause) เช่น อุบัติเหตุ ถูกทำร้ายหรือฆ่าตัวตายขณะตั้งครรภ์ คลอดบุตรหรือระยะหลังคลอด ซึ่งไม่นับเป็น Maternal death

การลดการตายมารดา

หมายถึง การลดภาวะมารดาตายมีความซับซ้อนแตกต่างกันอย่างมากในประเทศต่างๆ และปัจจัยเกี่ยวกับสุขภาพมารดา ได้แก่ อายุ ศาสนา ความสัมพันธ์ในชุมชน การฝากครรภ์ การเข้าถึงบริการและการบริการ ระบบการส่งต่อ ระยะเวลาการส่งต่อ เป็นต้น

อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio)

คือ การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์และเป็นข้อมูลสนับสนุนข้อเสนอแนะในการวางแผนและกำหนดนโยบายและวางแผนปรับปรุงคุณภาพบริการต่อไป
2. แนวทางในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านอื่นต่อไป

1.6 กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive statistics) เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายมารดา ปัจจัย และสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตายมารดาเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป : อายุ สัญชาติ อาชีพ วันที่เสียชีวิต อายุครรภ์ที่มารดาเสียชีวิต
2. ประวัติการเข้ารับบริการในสถานบริการ
 - ข้อมูลการฝากครรภ์ : ฝากครรภ์ ไม่ฝากครรภ์
 - ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ : ประวัติความผิดปกติของครรภ์นี้ ประวัติภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ประวัติการได้รับยาขณะตั้งครรภ์ และข้อสรุปสำคัญในระยะเวลาตั้งครรภ์
3. ประวัติการรักษา
 - การรับเข้ารักษาในสถานบริการ : วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษา สถานภาพที่มาถึงสถานบริการ สถานภาพผู้ป่วยเมื่อถึงสถานบริการ Case Refer/มาเอง
 - ข้อมูลการคลอดหรือการแท้ง
 - สรุป สาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิต
 - การผ่าชั้นสูตรศพ : ได้ทำ/ไม่ได้ทำ
4. สรุปสาเหตุที่ทำให้มารดาเสียชีวิตเมื่อวิเคราะห์ 3 Delays
5. การตายครั้งนี้สามารถป้องกันได้หรือไม่

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาศาสนาการณการตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6 ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 สถานการณ์การตายมารดา
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการตายของมารดา
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 สถานการณ์การตายมารดา

จากรายงานสถิติสุขภาพโลกประจำปี ค.ศ. 2020 (World Health Statistics monitoring health of the SDG 2020,WHO) พบว่าการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีผลมาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คลอด จนถึงหลังคลอด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันทั่วโลกในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ จากข้อมูลทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. 2014 ถึง 2019 พบว่า 81% ของการเกิดทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีทักษะ แต่ยังคงพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างภูมิภาค ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในแต่ละภูมิภาคยังคงต้องใช้เวลาพยายามให้มากขึ้นในการลดการตายมารดาทั่วโลกให้ลดลงตามเป้าหมายของ SDGs คือลดอัตราการส่วนการตายของมารดาทั่วโลกให้น้อยกว่า 70 ราย ต่อการเกิดที่มีชีวิตแสนคน ภายในปี 2573

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2020 พบการตายมารดาทั่วโลก 211 รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งภูมิภาคเอเชียมีการตายมารดาเฉลี่ยอยู่ที่ 152 รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อจัดอันดับตามกลุ่มประเทศสมาชิกเซียโร (SEARO) พบว่าประเทศไทยสามารถลดอัตราการส่วนการตายมารดาได้เป็นอันดับ 2 (37 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) รองจากประเทศศรีลังกา (36 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) และเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการส่วนการตายมารดาไทยกับประเทศในภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาไทยในปี ค.ศ. 2017 ต่ำเป็นอันดับ 4 ของประเทศในภูมิภาคอาเซียน (37 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) รองจากประเทศสิงคโปร์ มาเลเซียและบรูไน ซึ่งมีอัตราการส่วนการตายมารดาอยู่ที่ 8, 29 และ 31 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2565) สถานการณ์การตายมารดาไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2560 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จัดทำระบบเฝ้าระวังการตายมารดา เพื่อกำหนดดำเนินการกำกับติดตามสถานการณ์การตายมารดาแบบรายเดือน การวิเคราะห์สถานการณ์อย่างทันที่สำหรับออกมาตรการเพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ และการลดการตายมารดาด้วยความแม่นยำและรวดเร็วของระบบรายงานข้อมูล สามารถดำเนินงานลดการตายมารดาอย่างชัดเจน พร้อมทั้งพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดารายบุคคล (Maternal Death Surveillance and Response System, MDSR System) จนกระทั่งสามารถเฝ้าระวัง เก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคล ปีงบประมาณ 2563 สำนักส่งเสริมสุขภาพพัฒนาระบบเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านสตรีและเด็กปฐมวัยเพิ่มเติมจนกระทั่งสำนักส่งเสริมสุขภาพสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานอย่างรวดเร็ว แม่นยำ และสามารถนำข้อมูลเหล่านั้นรายงานการกำกับติดตามผลการ

ดำเนินงานแก่ผู้บริหารและภาคีเครือข่ายเพื่อกำหนดนโยบาย มาตรการและแผนพัฒนางานอย่าง ทันท่วงที อัตราการตายมารดาของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 – 2564 เท่ากับ 22.5, 22.9 และ 36.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ



รูปที่ 1 แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยระหว่างปีงบประมาณ 2554 – 2564
ที่มา : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (30 กันยายน 2564)

ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย เป็นระบบกำกับติดตามรายงานตัวชี้วัดต่างๆ และเป็นฐานข้อมูลของกรมอนามัย เรื่องอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน เป็นอีกหนึ่งตัวชี้วัดของกรมอนามัย ทางผู้ศึกษาจึงได้นำข้อมูล รายงานจำแนกสาเหตุการตายมารดาทั่วประเทศตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2564 มาประกอบในรายงานการศึกษา ดังนี้ สาเหตุทางตรง ร้อยละ 49.55, 54.23 และ 34.60 ตามลำดับ สาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 39.64, 37.29 และ 55.67 ตามลำดับ และไม่สามารถระบุสาเหตุได้ ร้อยละ 10.81, 8.48 และ 9.73 ตามลำดับ

ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย สรุปผลตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2562 – 2564 ในเขตสุขภาพที่ 6 อัตราการตายมารดาปี พ.ศ. 2562 – 2564 เท่ากับ 21.22, 28.65 และ 37.42 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดา ได้แก่ สาเหตุทางตรง ร้อยละ 47.75, 45 และ 45.83 ตามลำดับ สาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 50, 55 และ 50 ตามลำดับ และอุบัติเหตุ ร้อยละ 6.25, 0 และ 4.17 ตามลำดับ⁽⁹⁾ ผลการวิเคราะห์พบว่ามีความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับ 1) กระบวนการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ ทักษะความเชี่ยวชาญของบุคลากร ระบบการสื่อสารภายในและระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Delay in receiving adequate health care) 2) ความตระหนักและรอบรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ หลังคลอด หรือหลังทำหัตถการของแม่ (Delay in decision to seek care)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการตายของมารดา

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย อ้างถึงตำราทางระบาดวิทยาว่า การเฝ้าระวังทางสาธารณสุข (Public Health Surveillance) หมายถึง การจัดเก็บ (Collecting) วิเคราะห์ (Analyzes) และแปลผลข้อมูลอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง (Continuous) ตลอดจนเผยแพร่ (Disseminate) ความรู้ที่ได้ออกไปเพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผน (Planning) การจัดทำมาตรการและประเมินผลมาตรการควบคุมป้องกันปัญหาสาธารณสุขในทำนองเดียวกัน การเฝ้าระวังมารดาตาย (Maternal Death Surveillance and Response, MDSR) จึงหมายถึง การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบแล้วนำมาทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลให้มารดาตาย จัดทำข้อเสนอแนะเผยแพร่สู่การปฏิบัติ มีการประเมินผลโดยการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปรับปรุงข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายลดปัจจัยที่ส่งผลให้มารดาตายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ

อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio : MMR) หมายถึง การตายของมารดาตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

$$\text{อัตราส่วนการตายมารดา} = \frac{\text{จำนวนมารดาตาย}}{\text{จำนวนการเกิดมีชีพ}} \times 100,000$$

การสรุปสาเหตุการตายมารดา

ตามหลักการสรุปลงในหนังสือรับรองการตาย (ทร. 4/1) ของกระทรวงมหาดไทยและ International form of medical certificate cause of death นั้น จะต้องลงสาเหตุโดยตรงที่เป็นภาวะรุนแรงสุดที่นำไปสู่การตาย (Leading cause) เป็นสาเหตุลำดับที่ 1 สำหรับโรคหรือภาวะที่เป็นเหตุนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงนั้น (Underlying-cause) ให้ลงเป็นสาเหตุลำดับถัดมาและหากมีภาวะที่เป็นปัจจัยสำคัญทำให้เกิดโรคที่เป็นสาเหตุให้ตาย แต่ภาวะดังกล่าวจะไม่สามารถทำให้มารดาตายได้หากไม่มีภาวะอื่นร่วมด้วย (Contributing factor) ก็ให้ลงเป็นสาเหตุลำดับถัดมา

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการตายของหญิงในระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ดังนี้

Deaths in pregnancy, childbirth and puerperium หมายถึง การตายของหญิงที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์จนถึงภายใน 42 วันหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ โดยไม่คำนึงถึงว่าจะมีสาเหตุจากโรคทางสูติกรรมหรือไม่

Maternal deaths หมายถึง การตายของหญิงที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์จนถึงภายใน 42 วันหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์หรือตำแหน่งของการตั้งครรภ์จากสาเหตุใดๆ ที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์หรือการดูแลรักษาในขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่รวมที่เกิดจากอุบัติเหตุ Maternal deaths ยังจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม

1. Direct maternal deaths หมายถึง การตายที่มีสาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม หรือจากการดูแลรักษาในขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดที่ไม่เหมาะสม

2. Indirect maternal deaths หมายถึง การตายที่มีสาเหตุจากโรคหรือภาวะที่มีมาก่อนตั้งครรภ์หรือโรคซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่ตั้งครรภ์แต่ไม่ใช่โรคทางสูติกรรม หรือโรคที่เป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในขณะที่ตั้งครรภ์

Coincidental deaths หมายถึง การตายจากโรคหรือสาเหตุอื่นๆ ที่มิได้สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ ไม่ถือว่าเป็น Maternal deaths

Late maternal deaths หมายถึง การตายของหญิงจากเหตุทางตรงหรือทางอ้อม ที่เกิดขึ้นภายหลัง 42 วันนับจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์แต่ไม่เกิน 1 ปี

ALL DEATHS (death during pregnancy, childbirth or puerperium)			
MATERNAL DEATH			OTHER DEATHS
Direct maternal death: <ul style="list-style-type: none"> • abortive outcome • hypertensive disorders • obstetric haemorrhage • pregnancy related infection • other obstetric complications • unanticipated complications 	In-direct maternal death: <ul style="list-style-type: none"> • non-obstetric complications 	Unknown Undetermined 	Coincidental 

รูปที่ 2 การเสียชีวิตทั้งหมด (เสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ คลอดบุตร หรือระยะหลังคลอด)

ที่มา : The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium : ICD-MM (2012)

การวิเคราะห์แบ่งกลุ่มและให้รหัสจำแนกสาเหตุการตายของมารดา ระบบ ICD-MM (The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM)

องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าหมายใน Millennium Development Goals 5a ว่า จะลดอัตราการตายของมารดา (Maternal mortality ratio) ลง 75% จากปี 1990 ถึงปี 2015 เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้ ประเทศสมาชิกจำเป็นต้องมีการบันทึกรายงานสาเหตุการตายมารดาที่ครบถ้วนและถูกต้อง จึงต้องมีการปรับปรุงระบบรายงานซึ่งส่วนหนึ่งจะได้มาจากการใช้รหัสโรคมามาตรฐานระหว่างประเทศ The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium : ICD-MM ใช้เกณฑ์และระบบการให้รหัสโรค ICD-10 เป็นฐานที่จะช่วยในการรวบรวมวิเคราะห์และแปลผลเกี่ยวกับการตายของมารดา เอกสารนี้จะช่วยให้ผู้ที่ออกใบรับรองการตาย สามารถใช้หลักการของ ICD-10 ในการแยกเหตุตายโดยตรงและโดยอ้อมของมารดาจากการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งหลักเกณฑ์นี้สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งจากข้อมูลที่ได้จากระบบ ทะเบียนราษฎร จากการสำรวจจากระบบข้อมูลโรงพยาบาล รวมทั้งการสอบถามการตาย ด้วยแบบสอบถาม (Verbal autopsy) ICD-MM จะช่วยลดความผิดพลาดในการให้รหัสและช่วย แยกแยะสาเหตุการตายและการ

เปรียบเทียบสาเหตุ มารดาตายระหว่างประเทศจะทำได้ดีขึ้น ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ประเทศสมาชิกใช้ ICD-MM ในการเก็บข้อมูลและทำสถิติโดยจะต้องใช้ร่วมกับ ICD-10 ทั้งสามเล่ม เพื่อที่จะทำให้การเปรียบเทียบสาเหตุตายระหว่างประเทศง่ายขึ้น องค์การอนามัยโลกได้แบ่งสาเหตุการตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด ออกเป็น 9 กลุ่ม โดยไม่ซ้ำซ้อนกันทั้งทางคลินิกและระบาดวิทยาซึ่งโดยรวมแล้วสามารถครอบคลุมสาเหตุการตายมารดา ทั้งทางตรง และทางอ้อม ดังนี้ สาเหตุการตายกลุ่มที่ 1- 6 เป็นสาเหตุทางตรง กลุ่มที่ 7 เป็นสาเหตุการตายทางอ้อม กลุ่มที่ 8 คือสาเหตุการตายที่ไม่สามารถระบุได้ และกลุ่มที่ 9 คือสาเหตุการตายที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น ฆาตกรรม อุบัติเหตุ เป็นต้น สาเหตุการตายกลุ่มที่ 1- 8 ตาม ICD-MM จะถูกนำมาคำนวณอัตราส่วนการตายมารดา ส่วนการตายมารดาในกลุ่มที่ 9 ที่เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุ หรือ ฆาตกรรม เป็นการตายที่อยู่นอกเหนือจากกลุ่มเป้าหมายตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลกจึงไม่นำมาใช้คำนวณอัตราส่วนการตายมารดา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจัดกลุ่มการตายของมารดา ตามระบบ ICD-MM ขององค์การอนามัยโลก

Type	Group name/number	EXAMPLES of potential causes of death
Maternal death: direct	1. Pregnancies with abortive outcome	Abortion, miscarriage, ectopic pregnancy and other conditions leading to maternal death and a pregnancy with abortive outcome
Maternal death: direct	2. Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium	Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
Maternal death: direct	3. Obstetric hemorrhage	Obstetric diseases of conditions directly associated with hemorrhage
Maternal death: direct	4. Pregnancy-related infection	Pregnancy-related, infection-based diseases or conditions
Maternal death: direct	5. Other obstetric complications	All other direct obstetric conditions not included in groups to 1-4
Maternal death: direct	6. Unanticipated complications of management	Severe adverse effects and other unanticipated complications of medical and surgical care during pregnancy, childbirth or the puerperium
Maternal death: indirect	7. Non-obstetric complications	Non-obstetric conditions <ul style="list-style-type: none"> • Cardiac disease (including pre-existing hypertension) • Endocrine conditions • Gastrointestinal tract conditions

ตารางที่ 1 การจัดกลุ่มการตายของมารดา ตามระบบ ICD-MM ขององค์การอนามัยโลก (ต่อ)

Type	Group name/number	EXAMPLES of potential causes of death
		<ul style="list-style-type: none"> • Central nervous system conditions • Respiratory conditions • Genitourinary conditions • Autoimmune disorders • Skeletal diseases • Psychiatric disorders • Neoplasms • Infections that are not a direct result of Pregnancy
Maternal death: unspecified	8.Unknown/undetermined	Maternal death during pregnancy, childbirth and the puerperium where the underlying cause is unknown or was not determined
Death during pregnancy, childbirth and the puerperium	9. Coincidental causes	Death during pregnancy, childbirth and the puerperium due to external causes

ที่มา : The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium : ICD-MM (2012)

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จันทิยา เนติวิทย์ธรรม และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์มารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษาพบว่า เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2560 – 2562 มีอัตราส่วนการตาย เป็น 11.25, 19.29 และ 16.47 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน มีมารดาตายทั้งหมด 16 ราย เป็นสาเหตุทางตรงร้อยละ 50 (8 ราย) และสาเหตุทางอ้อมร้อยละ 50 (8 ราย) โดยสาเหตุที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก คือ ภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและลำไส้ อย่างรุนแรง ซึ่งสาเหตุทางตรงพบว่ายังมีสาเหตุการตายของมารดา จากภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้แต่ไม่พบสาเหตุการตาย จากการตกเลือดหลังคลอด ดังนั้นมาตรการในการลดการตายมารดานอกจากมาตรการ ลดการตายจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์แล้ว ยังต้องเน้นการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงรายบุคคล จากโรคทางอายุรกรรมเพื่อคัดกรองค้นหาโรค ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของมารดาทางอ้อมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

วรวรรณ ถนอมเกียรติ (2559) ได้ทำการศึกษาปัจจัย สาเหตุ และสถานการณ์การตายของมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการศึกษาพบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 – 2558 จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีมารดาตายจากการตั้งครรภ์และคลอด รวมจำนวน 7 ราย หรือ เฉลี่ยปีละ 1.4 ราย คิดเป็นอัตราส่วนมารดาตาย เท่ากับ 56.5, 51.15, 24.73, 0 และ 58.82 ตามลำดับ พื้นที่ที่พบว่ามีมารดาตายมากที่สุด ได้แก่พื้นที่อำเภอเมือง และอำเภอแม่สะเรียง ส่วนอำเภอปาย และอำเภอแม่ลา-น้อย ไม่มีมารดาตาย สำหรับสาเหตุการตายของมารดา ปี 2554 – 2558 ของจังหวัดแม่ฮ่องสอนพบว่า

สาเหตุอันดับแรก คือ การตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 57.14 (ของมารดาที่เสียชีวิตทั้งหมด) สาเหตุรองลงมาคือ การติดเชื้อ ร้อยละ 28.57 และ น้ำคร่ำ อุดตันในหลอดเลือด (Amniotic fluid embolism) ร้อยละ 14.28 ช่วงระยะเวลาที่มารดาเสียชีวิต 29 มากที่สุด คือ ช่วงระยะคลอด ร้อยละ 57.14 รองลงมา คือระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 28.57 มารดา ตั้งครรภ์และคลอดที่เสียชีวิตมักอยู่อาศัยในพื้นที่สูง ร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ ประชากรต่างด้าวที่ อาศัยอยู่ในค่ายผู้หนีภัยจากการสู้รบ หรืออยู่ในพื้นที่รอยต่อเขตระหว่างจังหวัดแม่ฮ่องสอนกับประเทศ สหภาพเมียนมาร์ร้อยละ 28.57 และประเด็นที่พบในด้านครอบครัว ชุมชนและการคมนาคม ก็ยังเป็นประเด็นสำคัญอาทิ ความใส่ใจของครอบครัว การมีระบบส่งต่อที่ดีในชุมชน ตลอดจนการตัดสินใจมารับการคลอดที่โรงพยาบาลอย่างทันท่วงที เพื่อลดปัญหาการตายจากการคลอดที่บ้านอันเนื่องมาจากการส่งต่อล่าช้าจากสภาพความลำบากของภูมิประเทศพื้นที่สูง

วรรณชนก ลิ้มจรรย์ (2565) ได้ทำการศึกษา การเฝ้าระวังการตายมารดาไทย ปีงบประมาณ 2563 ผลการศึกษาพบว่า การตายของมารดามีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะสะท้อนคุณภาพด้านสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มีมารดาตาย จำนวน 117 ราย โดยมีสาเหตุหลักของการตายมารดามาจากการตกเลือดซึ่งเป็นการตายจากสาเหตุทางตรงจากสูติกรรม สาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมที่มากที่สุด ได้แก่ กลุ่มของโรคหัวใจ ขณะที่ความล่าช้า 3 ประการที่ส่งผลต่อการตายมารดา (3 delay Model) พบว่า มารดาที่เสียชีวิตตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า ผ่าครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาเป็น ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการโดยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยง การสื่อสารสร้างความตระหนักรู้ของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว พัฒนาศักยภาพบุคลากร และการค้นหาและคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ อันจะเป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังมารดาตายต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาเรื่อง สถานการณ์การตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6 ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายมารดา และศึกษาปัจจัย สาเหตุต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 6 โดยมีวิธีดำเนินการศึกษา ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการศึกษา
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive statistics) จากแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries – CE)⁽⁶⁾ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2562 และแบบรายงาน ตก. 2⁽⁵⁾ กลุ่มตัวอย่างได้จากกลุ่มตัวอย่างมารดาตาย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ทั้งมารดาไทย และมารดาต่างชาติ ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ ๖๕ ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่า ร้อยละ อัตราส่วนการตายมารดา

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

มารดาตายทุกรายในโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2563 - 2565

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่าง

มารดาตายในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ทั้งหมด ทั้งมารดาไทย และมารดาต่างชาติ ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึง 30 กันยายน 2565

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

มารดาตายทุกรายในโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ สมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2565 โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติหรือแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. มารดาตายทุกรายในโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 6
2. มารดาตายในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ทั้งมารดาไทย และมารดาต่างชาติทุกรายที่มีชื่อ และไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 และอยู่ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2565

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. มารดาตายที่มีสาเหตุการเสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด
2. มารดาตายที่ไม่อยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 และไม่อยู่ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 กันยายน 2565

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ผู้ศึกษาและคณะนำแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries – CE) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2562 ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 ของเขตสุขภาพที่ 6 รายงานเรื่องการตายของมารดา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยทั่วไป และสาเหตุการตายของมารดา โดยจัดทำหนังสือขอเข้าถึง/ใช้ข้อมูลแบบรายงานการตายของมารดา CE ไปยัง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6

2. ผู้ศึกษาและคณะนำแบบรายงาน ตก.2 ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหา และโอกาสในการพัฒนา ในรูปแบบของเขตสุขภาพที่ 6

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษามีขั้นตอนการดำเนินการโดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective review) ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 ของเขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่าง จำนวนมารดาเสียชีวิตขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ศึกษานโยบาย วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา
2. กำหนดหัวข้อเรื่องรูปแบบการศึกษา
3. รวบรวมข้อมูลรายงานจากแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries – CE) ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2562⁽⁶⁾ และแบบรายงานตก.2 ของสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ โดยจัดทำหนังสือขอเข้าถึง/ใช้ข้อมูลแบบรายงานการตายของมารดา CE ไปยัง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) สถานการณ์การตายมารดา โดยข้อมูลจากแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries – CE) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2562⁽⁶⁾ ผลการศึกษารายงานเป็นจำนวน ร้อยละ อัตราส่วน

2) สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาในการศึกษาครั้งนี้ นับรวมตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด 42 วัน ทั้งสาเหตุโดยตรงที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และสาเหตุโดยอ้อมที่เกิดจากโรคอื่นๆ โดยศึกษาข้อมูลจากแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries – CE) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2562⁽⁶⁾ ผลการศึกษารายงานเป็นจำนวน ร้อยละ

3) แนวทางการป้องกันและแก้ไขมารดาตาย ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค แนวทางการแก้ไข โอกาสการพัฒนา โดยศึกษาข้อมูลจากแบบรายงานการตายของมารดา

(Confidential Enquiries – CE) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2562⁽⁶⁾ และแบบรายงาน ตก. 2 ของสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ ผลการศึกษารายงานผลเชิงพรรณนา

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา นำเสนอเป็นค่าการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และ อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง สถานการณ์การตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6 โดยได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้ข้อมูลจากแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries – CE) ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2562 และแบบรายงานตค.2 ของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นค่าการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน โดยผู้ศึกษาแบ่งการนำเสนอผลการศึกษาได้ ดังนี้

- 4.1 สถานการณ์การตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6
- 4.2 การวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดา
- 4.3 แนวทางการเฝ้าระวังและแก้ไขมารดาตาย
- 4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
- 4.5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

4.1 สถานการณ์การตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6

ในเขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2563 – 2565 พบมารดาตายจากทุกสาเหตุ 65 ราย โดยแบ่งการตายมารดาจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 11 ราย การตายมารดาจากสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 51 ราย และอัตราส่วนมารดาตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 เท่ากับ 28.65, 38.98 และ 31.66 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ส่วนอัตราส่วนมารดาตายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 เท่ากับ 28.65, 28.07 และ 30.00 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน จังหวัดที่มีอัตราส่วนมารดาตายจากทุกสาเหตุเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ จังหวัดตราด อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย เท่ากับ 100.83 รองลงมาคือจังหวัดปราจีนบุรี อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย 61.26 จังหวัดสระแก้ว อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย 53.56 จังหวัดจันทบุรี อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย 40.39 จังหวัดระยอง อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย 34.60 จังหวัดชลบุรี อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย เท่ากับ 31.34 จังหวัดฉะเชิงเทรา อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย เท่ากับ 20.99 และจังหวัดสมุทรปราการมีอัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 11.58 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนมารดาตาย อัตราส่วนมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน (มารดาตายจากทุกสาเหตุ)

จังหวัด	ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
สมุทรปราการ	1	8.14	2	17.44	2	9.15
ชลบุรี	9	35.05	8	34.85	5	24.13
ระยอง	4	48.84	2	26.80	2	28.16
จันทบุรี	1	18.74	4	81.25	0	0.00
ตราด	0	0.00	3	175.75	2	126.74
ฉะเชิงเทรา	2	30.20	1	16.14	1	16.64
ปราจีนบุรี	2	38.95	3	60.00	4	84.82
สระแก้ว	1	20.82	2	45.30	4	94.56
เขตสุขภาพที่ 6	20	28.65	25	38.98	20	31.66
ประเทศ	143	25.10	197	36.90	127	28.51

ที่มา : แบบรายงานการตายของมารดา (CE-62) กรมอนามัย, ระบบการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2563 – 2565

ตารางที่ 3 จำนวนมารดาตาย อัตราส่วนมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ไม่รวมการตายมารดาจากสาเหตุการติดเชื้อโควิด 19)

จังหวัด	ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
สมุทรปราการ	1	8.14	0	0.00	2	9.15
ชลบุรี	9	35.05	6	26.13	5	24.13
ระยอง	4	48.84	2	26.80	2	28.16
จันทบุรี	1	18.74	3	60.94	0	0.00
ตราด	0	0.00	1	58.58	2	126.74
ฉะเชิงเทรา	2	30.20	1	16.14	1	16.64
ปราจีนบุรี	2	38.95	3	60.00	4	84.82
สระแก้ว	1	20.82	2	45.30	3	70.92
เขตสุขภาพที่ 6	20	28.65	18	28.07	19	30.00
ประเทศ	143	25.10	121	22.7	114	22.86

ที่มา : แบบรายงานการตายของมารดา (CE-62) กรมอนามัย, ระบบการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2563 – 2565

4.2 การวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดา

สาเหตุการตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6 ในปีงบประมาณ 2563 ทั้งหมด 20 ราย อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 28.65 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน พบมารดาตายสาเหตุทางตรง (Direct cause) ร้อยละ 55 (11 ราย) สาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) ร้อยละ 40 (8 ราย) และร้อยละ 5 (1 ราย) จากสาเหตุมารดาตายภายนอก (External cause) เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM จะเห็นว่า มารดาตายสาเหตุทางตรง (Direct cause) 11 ราย ร้อยละ 55 ได้แก่ Postpartum Hemorrhage (PPH) พบมากที่สุด จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 รองลงมาคือ Rupture ectopic, Amniotic embolism พบสาเหตุละ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วน Eclampsia, Pre-eclampsia, Pulmonary Embolism และเสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ สาเหตุละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 ส่วนสาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) 8 ราย ร้อยละ 40 ได้แก่ Heart vascular disease 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 Stomach cancer, Tongue cancer, Sepsis, Sepsis with pneumonia, Pneumocystis carinii Pneumonia with HIV, Heart failure สาเหตุละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 และโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุหรือสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ (Coincidental causes) 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 คือ External cause except internal self - harm ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ 2563

กลุ่ม	กลุ่ม	Potential causes of death	จำนวน	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
Direct	กลุ่ม 1	Rupture ectopic	2	10.00	11	55.00
	Pregnancies with abortive outcome					
	กลุ่ม 2	Eclampsia	1	5.00		
	Hypertensive disorders in pregnancy	Pre-eclampsia	1	5.00		
	กลุ่ม 3	Obstetric hemorrhage	3	15.00		
		เสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์	1	5.00		
กลุ่ม 4	Pregnancy-related infection	-	0	0.00		
กลุ่ม 5	Other obstetric complications	Pulmonary Embolism	1	5.00		
		Amniotic Embolism	2	10.00		

ตารางที่ 4 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ 2563 (ต่อ)

กลุ่ม	กลุ่ม	Potential causes of death	จำนวน	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
Indirect	กลุ่ม 6	-	0	0.00		
		Unanticipated complications of management				
	กลุ่ม 7	Stomach cancer	1	5.00		
	Non-obstetric complications	Heart vascular disease	2	10.00		
		Tongue cancer	1	5.00		
		Sepsis	1	5.00		
		Sepsis with pneumonia	1	5.00		
Unspecified	กลุ่มที่ 8	Pneumocystis carinii	1	5.00		
		Pneumonia with HIV	1	5.00		
		Heart failure	1	5.00		
Death during pregnancy, childbirth and the puerperium	กลุ่ม 9	External cause except internal self - harm	1	5.00	1	5.00
	Unknown/undetermined	-	0	0.00	0	0.00
รวม			20	100	20	100

ที่มา : แบบรายงานการตายของมารดา (CE-62) กรมอนามัย ปีงบประมาณ 2563

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดา ปีงบประมาณ 2563 พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ 3 Delay พบปัญหา ดังนี้ การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ร้อยละ 60 โดยร้อยละ 86.67 เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ ร้อยละ 13.33 เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำทดแทนที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตรวจเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว รองลงมา

พบการตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) ร้อยละ 45 เช่น เช่นฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่ฝากครรภ์เลยเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ และการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ 15 ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาจากระบบส่งต่อ และการสื่อสารโรงพยาบาลลี้มเหลว และเมื่อพิจารณาอายุมารดาตายพบว่าอยู่ในช่วงอายุ 20 – 35 ปีพบมากที่สุด 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคืออายุมากกว่า 35 ปี 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 35 และอายุน้อยกว่า 20 ปี 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ตามลำดับ อาชีพที่พบมารดาตายส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคืออาชีพแม่บ้าน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 พนักงานบริษัท 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 อาชีพค้าขาย และข้าราชการ อาชีพละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 ตามลำดับ ประวัติฝากครรภ์มารดาตาย พบว่าฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.06 ส่วนฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.29 และไม่ได้ฝากครรภ์หรือไม่ทราบที่ตั้งครรภ์ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.65 มารดาตายส่วนใหญ่พบว่าการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ขึ้นไป 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.63 รองลงมาคือตั้งครรภ์ครั้งแรก 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.58 และตั้งครรภ์ครั้งที่สอง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.79 พบมารดาตายเคยแท้ง 1 ครั้ง และ 2 ครั้ง มีจำนวนเท่ากันคือ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.53 และไม่เคยแท้ง 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.95 มารดาตายพบความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 95 ได้แก่ ความเสี่ยงทางสูติกรรม 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 ความเสี่ยงทางอายุกรรม 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 และมีความเสี่ยงทั้งทางสูติกรรมและอายุกรรม 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 สำหรับวิธีการคลอดของมารดาตายมีหลายรูปแบบ ได้แก่ คลอดปกติ และผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีจำนวนเท่ากัน คือวิธีการคลอดละ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.67 ยังไม่คลอดหรือแท้ง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.67 และสถานภาพของมารดาเมื่อถึงสถานบริการส่วนใหญ่พบ อาการแรกรับยังอยู่ดี (stable) 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.89 และอาการหนัก 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.11 ช่วงระยะเวลาที่มารดาเสียชีวิตพบทั้งสองช่วงมีค่าเท่ากันคือ ช่วงระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 50 การตายมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ คิดเป็นร้อยละ 85 ส่วนผลการชันสูตรจะทำการชันสูตรสาเหตุการตายมารดาไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 30

สาเหตุการตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6 ในปีงบประมาณ 2564 พบมารดาตายจากทุกสาเหตุ 25 ราย โดยแบ่งการตายมารดาจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 7 ราย การตายมารดาจากสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 18 ราย และอัตราส่วนมารดาตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 เท่ากับ 38.98 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ส่วนอัตราส่วนมารดาตายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 เท่ากับ 28.07 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM จะเห็นว่า มารดาตายสาเหตุทางตรง (Direct cause) 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 44 ได้แก่ Postpartum Hemorrhage (PPH) พบมากที่สุด จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 รองลงมาคือ Amniotic embolism 3 ราย คิดเป็น ร้อยละ 12 Ectopic pregnancy, Eclampsia, Postpartum cardiomyopathy, Liver disorder สาเหตุละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 สาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 56 ได้แก่ Covid-19 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 28 นอกจากนี้สาเหตุละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 ได้แก่ Heart vascular disease, Pneumocystis carinii

Pneumonia, Aids, Acquired Factor VIII deficiency, Neoplasm, Infection that are not direct result pregnancy, Acute immune disorder ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ 2564

กลุ่ม	กลุ่ม	Potential causes of death	จำนวน	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
Direct	กลุ่ม 1	Pregnancies with abortive outcome	1	4.00	11	44.00
	กลุ่ม 2	Eclampsia	1	4.00		
	กลุ่ม 3	Hypertensive disorders in pregnancy	4	16.00		
	กลุ่ม 4	Obstetric hemorrhage	0	0.00		
	กลุ่ม 5	Pregnancy-related infection	3	12.00		
	กลุ่ม 6	Other obstetric complications	1	4.00		
Indirect	กลุ่ม 7	Unanticipated complications of management	0	0.00	14	56.00
	กลุ่ม 7	Aids	1	4.00		
	Non-obstetric complications	Covid-19	7	28.00		
	Pneumocystis carinii	1	4.00			
	Pneumonia	1	4.00			
	Acquired Factor VIII deficiency	1	4.00			
	Heart vascular diseases	1	4.00			
Neoplasm	1	4.00				

ตารางที่ 5 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ 2564 (ต่อ)

กลุ่ม	กลุ่ม	Potential causes of death	จำนวน	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
		Infection that are not direct result pregnancy	1	4.00		
		Acute immune disorder	1	4.00		
Unspecified	กลุ่มที่ 8 Unknown/undetermined	-	0	0.00	0	0.00
Death during pregnancy, childbirth and the puerperium	กลุ่ม 9 Coincidental causes	-	0	0.00	0	0.00
	รวม		25	100	25	100.00

ที่มา : แบบรายงานการตายของมารดา (CE-62) กรมอนามัย ปีงบประมาณ 2564

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดา ปีงบประมาณ 2564 พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ 3 Delay พบปัญหา ดังนี้ การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ร้อยละ 64 โดย ร้อยละ 91.30 เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ ร้อยละ 8.70 เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำทดแทนที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตรวจเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว รองลงมา พบการตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) ร้อยละ 44 เช่น เช่นฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่ฝากครรภ์เลยเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ และการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ 16 ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาจากระบบส่งต่อ และการสื่อสารโรงพยาบาลล้มเหลว เมื่อพิจารณาอายุมารดาตายพบว่าอยู่ในช่วงอายุ 20 – 35 ปี มากที่สุด 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมาคืออายุมากกว่า 35 ปี 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 24 มารดาตายส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง 15 ราย คิดเป็น ร้อยละ 62.50 รองลงมาคืออาชีพแม่บ้าน, พนักงานบริษัท, ค้าขาย, เกษตรกร อาชีพละ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.33 และอาชีพข้าราชการ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.17 ตามลำดับ ประวัติฝากครรภ์มารดาตาย พบว่าฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 ไม่ได้ฝากครรภ์หรือไม่ทราบที่ตั้งครรภ์และห้องนอคมดลูก

อย่างละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.17 มารดาตายส่วนใหญ่พบว่าการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ขึ้นไป 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาคือตั้งครรภ์ครั้งแรก 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 และตั้งครรภ์ครั้งที่สอง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.17 พบข้อมูลมารดาตายเคยแท้งมากที่สุดคือ แท้ง 1 ครั้ง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.09 และเคยแท้ง 2 ครั้งขึ้นไป 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.70 และไม่เคยแท้ง 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.22 มารดาตายพบความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 68 ได้แก่ ความเสี่ยงทางสูติกรรม 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 44 ความเสี่ยงทางอายุรกรรม 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8 และมีความเสี่ยงทั้งทางสูติกรรมและอายุรกรรม 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 สำหรับวิธีการคลอดของมารดาตายส่วนใหญ่พบผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.09 คลอดทางช่องคลอด 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.73 ยังไม่คลอดหรือแท้ง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.64 ช่วยคลอดทางช่องคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum extraction) 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.55 และสถานภาพของมารดาเมื่อถึงสถานบริการส่วนใหญ่พบ อาการแรกรับยังอยู่ดี (stable) 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 อาการหนัก 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 35 ช่วงระยะเวลาที่มารดาเสียชีวิตส่วนใหญ่พบช่วงระยะหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 80 และช่วงระยะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 20 การตายมมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ คิดเป็นร้อยละ 92 ส่วนผลการชันสูตรจะทำในกรณีที่สรุปสาเหตุการตายมารดาไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 12

สาเหตุการตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6 ในปีงบประมาณ 2565 พบมารดาตายจากทุกสาเหตุ 20 ราย โดยแบ่งการตายมารดาจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 1 ราย การตายมารดาจากสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 19 ราย และอัตราส่วนมารดาตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 เท่ากับ 31.66 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ส่วนอัตราส่วนมารดาตายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 เท่ากับ 30.00 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM จะเห็นว่า มารดาตายสาเหตุทางตรง (Direct cause) 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 ได้แก่ Postpartum Hemorrhage (PPH), Postpartum Hemorrhage with Covid-19 และ Amniotic fluid embolism สาเหตุละ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 Pulmonary embolism, Placenta Accreta สาเหตุละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 และ Complication of medical care 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 สาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) 8 ราย ร้อยละ 40 ได้แก่ Malignancy และ Pneumocystis carinii Pneumonia with acute respiratory distress syndrome (ARDS) สาเหตุละ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนสาเหตุละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 ได้แก่ Heart disease, Covid-19, Pneumocystis carinii Pneumonia with Pulmonary tuberculosis with HIV, Peripartum cardiomyopathy with hypoglycemia กลุ่ม Unspecified (Unknown) 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 และสาเหตุมารดาตายภายนอก (External cause) อุบัติเหตุ 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 5 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ 2565

กลุ่ม	กลุ่ม	Potential causes of death	จำนวน	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
Direct	กลุ่ม 1 Pregnancies with abortive outcome	-	0	0	9	45

ตารางที่ 6 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ 2565 (ต่อ)

กลุ่ม	กลุ่ม	Potential causes of death	จำนวน	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
	กลุ่ม 2	-	0	0		
	Hypertensive disorders in pregnancy					
	กลุ่ม 3	Obstetric hemorrhage	2	10.00		
		Postpartum Hemorrhage with Covid-19				
		Postpartum Hemorrhage	2	10.00		
		Placenta Accreta	1	5.00		
	กลุ่ม 4	Pregnancy-related infection	0	0.00		
	กลุ่ม 5	Other obstetric complications	2	10.00		
		Amniotic fluid embolism (AFE)				
		Pulmonary embolism (PE)	1	5.00		
	กลุ่ม 6	Unanticipated complications of management	1	5.00		
	กลุ่ม 7	Non-obstetric complications	2	10.00		
		Malignancy				
		Heart disease	1	5.00		
		Covid-19	1	5.00		
		Pneumocystis carinii	2	10.00		
		Pneumonia (PCP) with acute respiratory distress syndrome (ARDS)				

ตารางที่ 6 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ 2565 (ต่อ)

กลุ่ม	กลุ่ม	Potential causes of death	จำนวน	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
		Pneumocystis carinii Pneumonia with Pulmonary tuberculosis with HIV	1	5.00		
		Peripartum cardiomyopathy with hypoglycemia	1	5.00		
Unspecified	กลุ่มที่ 8	Unknow	1	5.00	2	10
	Unknown/ undetermined	Unknow with Covid	1	5.00		
Death during pregnancy, childbirth and the puerperium	กลุ่ม 9 Coincidental causes	อุบัติเหตุ	1	5.00	1	5
	รวม		20	100	20	100

ที่มา : แบบรายงานการตายของมารดา (CE-62) กรมอนามัย ปีงบประมาณ 2565

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดา ปีงบประมาณ 2565 พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ 3 Delay พบปัญหา ดังนี้ พบปัญหา การตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) ร้อยละ 55.56 เช่น ฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่ฝากครรภ์เลยเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ รองลงมาพบการได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ร้อยละ 55.56 โดย ร้อยละ 70.59 เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ ร้อยละ 29.41 เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำทดแทนที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกราย เพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว และการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ Delay in reaching care ร้อยละ 16.67 ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาจากระบบส่งต่อ และการสื่อสารโรงพยาบาลล้มเหลว เมื่อพิจารณาอายุมารดาตายพบว่าอายุมากกว่า 35 ปี พบมากที่สุดคือ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.63 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 20 – 35 ปี 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.11 และอายุน้อยกว่า 20 ปี 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.26 มารดาตายส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 85 รองลงมาคืออาชีพ

แม่บ้าน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 ประวัติฝากครรภ์มารดาตาย พบว่าฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.89 ส่วนฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.11 มารดาตายส่วนใหญ่พบ การตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ขึ้นไป 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาคือตั้งครรภ์ครั้งที่สอง 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 ตั้งครรภ์ครั้งแรก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 และพบข้อมูลมารดาตายเคยแท้งมากที่สุดคือ แท้ง 1 ครั้ง 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.32 เคยแท้ง 2 ครั้ง ขึ้นไป 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.79 เคยแท้ง 3 ครั้งขึ้นไป 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.29 และไม่เคยแท้ง 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.63 มารดาตายพบความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.48 ได้แก่ ความเสี่ยงทางสูติกรรม 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.86 ความเสี่ยงทางอายุครรภ์ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความเสี่ยงทั้งทางสูติกรรมและอายุครรภ์ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.29 สำหรับวิธีการคลอดของมารดาตาย มารดาตายส่วนใหญ่พบผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.11 คลอดทางช่องคลอด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.79 ยังไม่คลอดหรือแท้ง 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.32 คลอดท่าก้นทางช่องคลอด, ตายในครรภ์ และ Termination of pregnancy อย่างละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.26 สถานภาพของมารดาเมื่อถึงสถานบริการส่วนใหญ่พบ อาการแรกรับยังอยู่ดี (stable) 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 อาการหนัก 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 และเสียชีวิตก่อนถึงสถานบริการ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 ช่วงระยะเวลาที่มารดาเสียชีวิตส่วนใหญ่พบช่วงระยะหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 66.7 ช่วงระยะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 28.6 และช่วงระยะคลอด คิดเป็นร้อยละ 4.8 การตายมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ คิดเป็นร้อยละ 66.67 ส่วนผลการชันสูตรจะทำในกรณีที่สรุปสาเหตุการตายมารดาไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 9.52

สรุปสาเหตุการตายมารดาในเขตสุขภาพที่ 6 ระหว่างปีงบประมาณ 2563 – 2565 พบมารดาตายจากทุกสาเหตุ 65 ราย โดยแบ่งการตายมารดาจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 11 ราย การตายมารดาจากสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 54 ราย และอัตราส่วนมารดาตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 เท่ากับ 28.65, 38.98 และ 31.66 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ส่วนอัตราส่วนมารดาตายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 เท่ากับ 28.65, 28.07 และ 30.00 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM ขององค์การอนามัยโลก จะเห็นว่า มารดาตายสาเหตุทางตรง (Direct cause) 31 ราย ร้อยละ 47.69 ได้แก่ Postpartum Hemorrhage พบมากที่สุด คือ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.85 รองลงมาคือ Amniotic Embolism 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.69 สาเหตุละ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.08 ได้แก่ Postpartum Hemorrhage with Covid-19, Eclampsia, Rupture ectopic, Amniotic fluid embolism (AFE), Pulmonary Embolism (PE) และสาเหตุละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.54 ได้แก่ Ectopic pregnancy, Pre-eclampsia, เสียเลือดระหว่างตั้งครรภ์, Placenta Accreta, Postpartum cardiomyopathy, Liver disorder และ Complication of medical care สาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) 30 ราย ร้อยละ 46.15 ได้แก่ Covid-19 พบมากที่สุด 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.31 รองลงมาคือ Heart vascular disease 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.62 Pneumocystis carinii Pneumonia (PCP) with acute respiratory distress syndrome (ARDS) 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.08 และสาเหตุละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.54 ได้แก่ Malignancy, Sepsis from Retained placenta with AML, Aids, Pneumocystis carinii Pneumonia, Acquired Factor VIII deficiency, Neoplasm, Infection that are not direct result pregnancy, Stomach cancer, Heart vascular disease, Tongue cancer,

Sepsis, Sepsis with pneumonia, Pneumocystis carinii Pneumonia with HIV, Acute immune disorder, Heart failure, Heart disease และ Peripartum cardiomyopathy with hypoglycemia กลุ่มสาเหตุการตายที่ไม่สามารถระบุได้ (Unknown) 2 ราย ร้อยละ 3.08 และ สาเหตุมารดาตายที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก (External cause) อุบัติเหตุ 2 ราย ร้อยละ 3.08 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ 2563-2565

กลุ่ม	กลุ่ม	Potential causes of death	จำนวน	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
Direct	กลุ่ม 1	Ectopic pregnancy	1	1.54	31	47.69
		Rupture ectopic	2	3.08		
	กลุ่ม 2	Eclampsia	2	3.08		
		Pre-eclampsia	1	1.54		
	กลุ่ม 3 Obstetric hemorrhage	Postpartum Hemorrhage with Covid-19	2	3.08		
		เสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์	1	1.54		
		Postpartum Hemorrhage	9	13.85		
	กลุ่ม 4 Pregnancy-related infection	Placenta Accreta	1	1.54		
		-	0	0.00		
	กลุ่ม 5 Other obstetric complications	Amniotic fluid embolism (AFE)	2	3.08		
		Pulmonary Embolism (PE)	2	3.08		
		Postpartum cardiomyopathy	1	1.54		
		Liver disorder	1	1.54		
		Amniotic Embolism	5	7.69		

ตารางที่ 7 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ 2563-2565 (ต่อ)

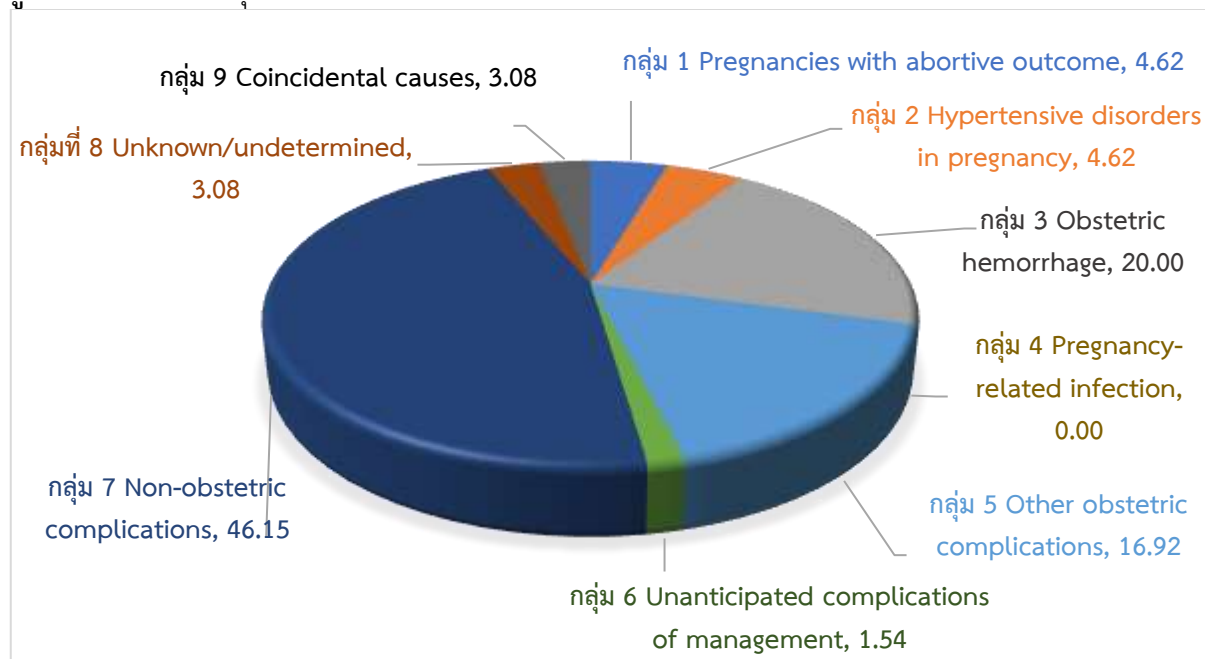
กลุ่ม	กลุ่ม	Potential causes of death	จำนวน	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
	กลุ่ม 6	Complication of Unanticipated complications of management	1	1.54		
Indirect	กลุ่ม 7 Non-obstetric complications	Malignancy	1	1.54	30	46.15
		Sepsis from Retained placenta with AML	1	1.54		
		Aids	1	1.54		
		Pneumocystis carinii	1	1.54		
		Pneumonia				
		Acquired Factor VIII deficiency	1	1.54		
		Stomach cancer	1	1.54		
		Heart vascular disease	3	4.62		
		Tongue cancer	1	1.54		
		Sepsis	1	1.54		
		Sepsis with pneumonia	1	1.54		
		Pneumocystis carinii	1	1.54		
		Pneumonia with HIV				
		Acute immune disorder	1	1.54		
		Heart failure	1	1.54		
		Heart disease	1	1.54		
Covid-19	8	12.31				

ตารางที่ 7 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ 2563-2565 (ต่อ)

กลุ่ม	กลุ่ม	Potential causes of death	จำนวน	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
		PCP with acute respiratory distress syndrome (ARDS)	2	3.08		
		Peripartum cardiomyopathy with hypoglycemia	1	1.54		
		Pneumocystis carinii	1	1.54		
		Pneumonia with Pulmonary tuberculosis with HIV				
Unspecified	กลุ่มที่ 8	Unknow	1	1.54	2	3.08
		Unknow/undetermined	1	1.54		
Death during pregnancy, childbirth and the puerperium	กลุ่ม 9	External cause except internal self - harm	1	1.54		
		อุบัติเหตุ	1	1.54	2	3.08
รวม			65	100	65	100

ที่มา : แบบรายงานการตายของมารดา (CE-62) กรมอนามัย ปีงบประมาณ 2563 – 2565

รูปที่ 3 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM ปีงบประมาณ 2563 - 2565



ที่มา : แบบรายงานการตายของมารดา (CE-62) กรมอนามัย ปีงบประมาณ 2563 - 2565

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดา ปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ 3 Delay พบปัญหา ดังนี้ การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ร้อยละ 60.32 โดย ร้อยละ 84.29 เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ ร้อยละ 15.71 เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำทดแทนที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตรวจเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว รองลงมาพบการตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) ร้อยละ 47.62 เช่น ฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่ฝากครรภ์เลยเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ และการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ 15.84 ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาจากระบบส่งต่อ และการสื่อสารโรงพยาบาลล้มเหลว เมื่อพิจารณาอายุมารดาตายพบมากที่สุดคือช่วงอายุ 20 - 35 ปี 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.38 รองลงมาคือ อายุมากกว่า 35 ปี 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.94 และอายุน้อยกว่า 20 ปี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.69 มารดาตายส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.94 รองลงมาคืออาชีพแม่บ้าน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.19 พนักงานบริษัท 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.81 อาชีพค้าขาย 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.69 นอกนั้นอาชีพละ 2 รายคิดเป็นร้อยละ 3.13 ได้แก่ ข้าราชการ เกษตรกร และไม่ได้ประกอบอาชีพ ประวัติฝากครรภ์มารดาตาย พบว่าฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.67 ส่วนฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ไม่ได้ฝากครรภ์หรือไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.67 และท้องนอกมดลูก 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.67 พบมารดาตาย

ส่วนใหญ่การตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ขึ้นไป 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.61 รองลงมาคือตั้งครรภ์ครั้งแรก 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.07 และตั้งครรภ์ครั้งที่สอง 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.32 และพบข้อมูลมารดาตายเคยแท้งมากที่สุดคือ แท้ง 1 ครั้ง 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.31 เคยแท้ง 2 ครั้งขึ้นไป 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.84 เคยแท้ง 3 ครั้งขึ้นไป 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.28 และไม่เคยแท้ง 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.57 มารดาตายพบความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33 ได้แก่ ความเสี่ยงทางสูติกรรม 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ความเสี่ยงทางอายุกรรม 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.70 และมีความเสี่ยงทั้งทางสูติกรรมและอายุกรรม 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.64 สำหรับวิธีการคลอดของมารดาตายมีหลายวิธี ส่วนใหญ่พบผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 คลอดทางช่องคลอด 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.79 ยังไม่คลอดหรือแท้ง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.64 คลอดท่าก้นทางช่องคลอด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.79 และช่วยคลอดทางช่องคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum extraction) 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.79 สถานภาพของมารดาเมื่อถึงสถานบริการส่วนใหญ่พบ อาการแรกรับยังอยู่ดี (stable) 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.69 อาการหนัก 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.94 และเสียชีวิตก่อนถึงสถานบริการ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.56 ช่วงระยะเวลาที่มารดาเสียชีวิตส่วนใหญ่พบ ช่วงระยะหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 68.18 ช่วงระยะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 31.82 และช่วงระยะคลอด คิดเป็นร้อยละ 1.52 การตายมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ คิดเป็นร้อยละ 81.82 ส่วนผลการชันสูตรจะทำได้ในกรณีที่สรุปสาเหตุการตายมารดาไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 16.67

4.3 แนวทางการเฝ้าระวังและแก้ไขมารดาตาย

ผลการประชุมความคิดเห็นของคณะกรรมการ MCH Board เขตและจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ได้จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังและแก้ไขมารดาตายทั้งในสถานบริการ และชุมชน โดยออกเป็นข้อสั่งการในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 และให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 ลงนามเพื่อใช้ในการขับเคลื่อนและกำกับติดตามในพื้นที่มี ดังนี้

การขับเคลื่อนการจัดการมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 6

1. ระดับบุคคล – HL หญิงตั้งครรภ์ และครอบครัว
 - 1.1 ความเชื่อ ความเสี่ยง/การรับรู้ความเสี่ยงของตนเอง/การจัดการความเสี่ยงรายบุคคล ตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด
 - 1.2 การเดินทางมาหน่วยบริการ การจัดการตนเอง – การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ตรวจสุขภาพ การเข้าร่วม 10 package ในสถานประกอบการ
2. ระบบบริการ/Service Plan มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก Protocol/CPG ระดับเขต
 - 2.1 Zero PPH, PIH
 - 2.2 ผ่านการรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก
 - 2.3 การดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงทุกระดับ รพ.สต. รพช. และรพศ. โดยมีแพทย์ประจำตัว (การลงทะเบียนหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง)
3. ระบบส่งต่อ Refer fast track
 - 3.1 การเดินทางของหญิงตั้งครรภ์มาหน่วยบริการเองหรือการติดต่อประสานงานเจ้าหน้าที่นำส่ง

3.2 นำร่องโดยจังหวัดชลบุรี ไม่มีเงื่อนไขในการรับ Refer (Refer Fastrack)

รูปที่ 4 การขับเคลื่อนการจัดการมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 6

การขับเคลื่อนการจัดการมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 6

คณะกรรมการ

- คณะทำงานทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ระดับเขตสุขภาพ
- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ SP สาขา สูติ-นรีเวชกรรม
- คณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก MCH Board

- > การเดินทางของหญิงตั้งครรภ์มาหน่วยบริการเอง หรือการติดต่อประสานงานเจ้าหน้าที่นำส่ง
- > นำร่องโดยจังหวัดชลบุรี ไม่มีเงื่อนไขในการรับ refer (Refer fastrack)



แนวทางการเฝ้าระวังและแก้ไขมารดาตาย

1. พัฒนาระบบการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ทั้งสูติแพทย์ อายุรแพทย์ฯ ร่วมกับสถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์และพยาบาล ร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
2. พัฒนาระบบข้อมูลและการค้นหาคัดกรอง High Risk (Program M Risk)
3. พัฒนาระบบ Direct consult (ครอบคลุมทุกจังหวัด)
4. พัฒนาระบบบริการ/การดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงตาม CGP ที่กำหนด
5. นิเทศเสริมพลังจังหวัดที่มีมารดาตาย โดย MCHB ระดับเขตและการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก
6. พัฒนาระบบบริการ Fast Track refer/ สนับสนุนแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตายระดับประเทศ (PNC)
7. พัฒนาคุณภาพระบบบริการ ร่วมกับคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ เพื่อลดสาเหตุมารดาตายซ้ำจาก PPH, PIH โดยการดำเนินงานมุ่งเน้นการลดมารดาตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้คือ PPH และ PIH

ตารางที่ 8 แนวทางการเฝ้าระวังและแก้ไขมารดาตาย PPH และ PIH

ประเด็นด้านสูติกรรม	แนวทาง/มาตรการ	การกำกับติดตาม
PPH	<ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนด Standing Order หรือ CPG กรณีความเสี่ยงสูง ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 กรณีหญิงตั้งครรภ์ Placenta previa <ul style="list-style-type: none"> - หญิงตั้งครรภ์ Placenta previa ทุกรายให้ได้รับการรักษาและคลอดที่โรงพยาบาลศูนย์ และจังหวัด - การผ่าตัดคลอดหญิงตั้งครรภ์ Placenta previa ทุกราย กำหนดให้มีแพทย์ Staff สูติฯ เข้าร่วมในการผ่าตัดทุกครั้งทุกราย 1.2 กำหนดให้มีการเหน็บยา Cytotec/ใส่ Condom balloon tamponade 2. การจัดการสำรองเลือดจากคลังเลือด 3. Case previous c/s, Accreta totalis ให้ รพ. จังหวัดดำเนินการ 4. ในกรณีไม่มี แพทย์ oncology ต้องส่งต่อไปรพ. ที่พร้อมกว่า 5. ในช่วงที่ รพ.ยังไม่มีแพทย์ oncology ให้แพทย์พิจารณา ถ้า Bleed 1,500 – 2,000 cc. ต้องตัดมดลูกเลย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สุ่มตรวจสอบเวชระเบียน (ประสาน สปสช. นำเวชระเบียนตรวจสอบ) 2. เมื่อพบมีการตายมารดาให้ติดตาม ตรวจสอบในกระบวนการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา 3. ทีมเยี่ยมประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ต้องดูกระบวนการจัดการกรณี PPH PIH
PIH	<ol style="list-style-type: none"> 1. Update CPG PIH และสื่อสาร ทุกหน่วยบริการที่มีการฝากครรภ์ (ANC) 2. ข้อกำหนดหรือข้อบ่งชี้ การให้ ASA ในกลุ่มเสี่ยง 3. แบบ Checklist ความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ เช่น กรณีพบมีภาวะความดันโลหิตสูง 140/90 mmHg ส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ UPCR เพิ่มโดยทันทีเพื่อวินิจฉัยภาวะ PIH 	

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

4.1 ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน

4.1.1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ MCH Board บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติกรรม กุมารเวชกรรม ภายใต้กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อบูรณาการและสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย ส่งผลให้การตั้งครรภ์และการเกิดมีคุณภาพ เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ พัฒนาการสมวัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี พร้อมทั้งกำกับ ติดตาม การดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย มีประสิทธิภาพ และสอดคล้อง เชื่อมโยงกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการจัดประชุมทุก 3 เดือน โดยดำเนินการตาม

มาตรการ เขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ ระบบการสื่อสาร ระบบการส่งต่อและให้คำปรึกษา เน้นบริการแบบเครือข่าย (Network) กำหนดโซนบริการ (Zoning) ใช้จุดวางเลือด มอบหมายให้โรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ดูแลโรงพยาบาลลูกข่ายแบบกัลยาณมิตร ทางจังหวัดลงกำกับและติดตามโดยการเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ที่มีปัญหา และ Conference Case Maternal Death อย่างสม่ำเสมอผ่านระบบรายงานการตายใช้ข้อมูลการสืบสวนสาเหตุการตายของมารดา และเมื่อมีอุบัติการณ์ให้มีการรายงาน CE – 62 และรวบรวมข้อมูลส่งศูนย์อนามัยที่ 6

4.1.2. จัดประชุมวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6 เพื่อหาแนวทางป้องกันมารดาเสียชีวิต ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด และระดับเขต นำมาสู่แผนปฏิบัติการเพื่อลดการตายของมารดาและทารก

4.1.3. หน่วยบริการฯ ทุกระดับมีการใช้แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย และการคลอดคุณภาพใช้ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงและจัดระบบบริการ แนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง และมีคู่มือในการดูแลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกแห่งโดยอ้างอิงตาม CPG ที่กำหนด

4.1.4. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทบทวนการดูแล และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และการบริการแบบเครือข่าย (Network) แก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงให้รวดเร็ว ทันเวลา กำหนดให้แพทย์ Intern Consult สูติแพทย์ ในผู้ป่วย High risk ทุกราย และกำกับให้มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

4.1.5. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นทางด่วน (Fast Track refer) และระบบเครือข่ายการส่งต่อ Consult เพื่อการรักษาต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลปลายทาง

4.2. ระบบบริการที่มีคุณภาพ

4.2.1. พัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐานห้องคลอดตามเกณฑ์กรมการแพทย์

4.2.2. พัฒนาระบบการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ทั้งสูติแพทย์ อายุรแพทย์ร่วมกับสถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์และพยาบาล ร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

4.2.3. พัฒนาระบบข้อมูลและการค้นหาคัดกรอง High Risk (Program M Risk)

4.2.4. พัฒนาระบบ Direct consult (ครอบคลุมทุกจังหวัด)

4.2.5. พัฒนาระบบบริการ/การดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงตาม CGP ที่กำหนด

4.2.6. พัฒนาระบบบริการ Fast Track refer/ สนับสนุนแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตายระดับประเทศ (PNC)

4.2.7. พัฒนาคูณภาพระบบบริการ ร่วมกับคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ เพื่อลดสาเหตุมารดาตายซ้ำจาก PPH, PIH โดยการดำเนินงานมุ่งเน้นการลดมารดาตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้คือ PPH และ PIH

4.5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ระบบบริการคุณภาพ

1.1 การพัฒนาคุณภาพระบบบริการฝากครรภ์ และห้องคลอด ตามมาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก เสนอแนะให้โรงพยาบาลทุกระดับมีการประเมินตนเองตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กทุกปี ติดตามประเมินมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ และโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และมีแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตายระดับประเทศ (PNC)

1.2 บุคลากรใหม่ขาดทักษะและความชำนาญ เสนอแนะให้จัดอบรมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Obstetric Crisis) เช่น คลอดติดไหล่/Breech assisting/ NCPR และ CPR อย่างต่อเนื่อง

1.3 การบริหารยา และเวชภัณฑ์ เสนอแนะให้ใช้ถุงตวงเลือดในการคลอดทุกราย เพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งจัดให้มีระบบสำรองเลือดและสารน้ำเพียงพอพร้อมใช้งาน และมียารักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด เช่น Transamin, Oxytocin, Cytotex

2. การจัดการการตั้งครรภ์เสี่ยง และลดปัจจัยเสี่ยง

2.1 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรมขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

- จัดระบบสร้างความรอบรู้ให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มหญิงเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรมที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้

- เชิญชวนหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เข้าร่วม “โปรแกรม 9 อย่างเพื่อสร้างลูก” เป็นช่องทางการสื่อสารผ่าน Application โดยการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงตลอด 24 ชั่วโมง

- หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการทุกรายจะต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงในคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอดทุกครั้ง

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายได้พบสูติแพทย์ และทำคลอดโดยสูติแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม

- การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายมารดา และศึกษาปัจจัยสาเหตุต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมารดาตาย เขตสุขภาพที่ 6 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive statistics) ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 ของเขตสุขภาพที่ 6 ข้อมูลที่เก็บคือ จำนวนมารดาที่เสียชีวิตขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด 42 วัน จากแบบรายงานการตายมารดา (Confidential Enquiries – CE) ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2562 และแบบรายงานตค.2 ของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึง 30 กันยายน 2565 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) ศึกษานโยบาย วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 2) กำหนดหัวข้อเรื่องรูปแบบการศึกษา 3) รวบรวมข้อมูลรายงานจากแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries – CE) ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2562 และแบบรายงานตค.2 ของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข และการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา นำเสนอด้วยคำร้อยละ อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งสามารถสรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าเขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2563 – 2565 มีมารดาตายจากทุกสาเหตุ 65 ราย อัตราส่วนมารดาตาย เท่ากับ 28.65, 38.98 และ 31.66 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน จังหวัดที่มีอัตราส่วนมารดาตายจากทุกสาเหตุเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ จังหวัดตราด อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย เท่ากับ 100.83 รองลงมาคือจังหวัดปราจีนบุรี อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย 61.26 จังหวัดสระแก้ว อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย 53.56 จังหวัดจันทบุรี อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย 40.39 จังหวัดระยอง อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย 34.60 จังหวัดชลบุรี อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย เท่ากับ 31.34 จังหวัดฉะเชิงเทรา อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย เท่ากับ 20.99 และจังหวัดสมุทรปราการมีอัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 11.58 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ

เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM ขององค์การอนามัยโลก จะเห็นว่ามารดาตายที่พบมากที่สุดคือสาเหตุทางตรง (Direct cause) 31 ราย ร้อยละ 47.69 และสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.85 รองลงมาคือ Amniotic Embolism 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.69 สาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) 30 ราย ร้อยละ 46.15 สาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุด คือ Covid-19 จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.31 รองลงมาคือ Heart vascular disease 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.62 ต่อมาพบสาเหตุการตายที่ไม่สามารถระบุได้ (Unknown) 2 ราย ร้อยละ 3.08 และสาเหตุมารดาตายที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก (External cause) คือ อุบัติเหตุ 2 ราย ร้อยละ 3.08 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ผ่านแบบจำลองความล่าช้า 3 ประการที่ส่งผลต่อการตายมารดา (3 Delay Model) เพื่อจัดกลุ่มของปัญหา พบว่า ร้อยละ 60.32 ของมารดาที่เสียชีวิตได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) โดย ร้อยละ 84.29 เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด

หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ และร้อยละ 15.71 เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำทดแทนที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว รองลงมาพบ การตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) ร้อยละ 47.62 เช่น ผ่าครรภ์ล่าช้า ผ่าครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่ผ่าครรภ์เลยเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ และการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ 15.84 ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาจากระบบส่งต่อ และการสื่อสารโรงพยาบาลล้มเหลว

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลมารดาเสียชีวิตย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2563 - 2565) ในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า อัตราส่วนการตายมารดามีค่าไม่คงที่ แต่ยังคงมีแนวโน้มมารดาเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นเกินค่าเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง โดยปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 28.65, 38.98 และ 31.66 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งเป้าหมายอัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และจากการศึกษาพบว่าในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา สาเหตุการตายของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุทางตรง ร้อยละ 47.69 และสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุดอันดับแรกคือภาวะตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 13.85 (ของมารดาที่เสียชีวิตทั้งหมด) ซึ่งสอดคล้องกับการเฝ้าระวังการตายมารดาไทย ปีงบประมาณ 2563 ของวรรณชนก ลิ้มจำรูญ⁽⁴⁾ (2565) ที่พบสาเหตุของการตายมารดา เช่นเดียวกันนี้ซึ่งเป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิตของประเทศไทย อย่างไรก็ตามแม้ว่า เขตสุขภาพที่ 6 ได้พัฒนาระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน รวมทั้งพัฒนาคุณภาพระบบบริการ เพื่อลดสาเหตุการตายซ้ำจาก PPH และ PIH โดยการดำเนินงานมุ่งเน้นการลดการตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้คือ PPH และ PIH ผ่านการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ MCH Board บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติกรรม กุมารเวชกรรม พร้อมทั้งกำกับ ติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย มีประสิทธิภาพ มีการจัดประชุมทุก 3 เดือน โดยดำเนินการตามมาตรการ เขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ ระบบการสื่อสาร ระบบการส่งต่อและให้คำปรึกษา เน้นบริการแบบเครือข่าย (Network) กำหนดโซนบริการ (Zoning) ใช้ถุงตวงเลือด มอบหมายให้โรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ดูแลโรงพยาบาลลูกข่ายแบบกัลยาณมิตร ทางจังหวัดลงกำกับและติดตามโดยการเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ที่มีปัญหา และ Conference Case Maternal Death อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้หน่วยบริการทุกระดับยังมีการใช้แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย และการถอดคุณภาพใช้ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงและจัดระบบบริการ แนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง และมีคู่มือในการดูแลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกแห่งโดยอ้างอิงตาม CPG ที่กำหนด มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทบทวนการดูแล และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และการบริการแบบเครือข่าย (Network) แก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงให้รวดเร็วทันเวลา กำหนดให้แพทย์ Intern Consult สูติแพทย์ ในผู้ป่วย High risk ทุกราย และกำกับให้มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด และพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นทางด่วน (Fast Track refer) และระบบเครือข่ายการส่งต่อ Consult เพื่อการรักษาต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลปลายทาง จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าแม้มีการนำมาตรการหรือแนวทางการป้องกันมารดาตายจากทุกสาเหตุ และจากการตายซ้ำจาก PPH และ PIH มาใช้ แต่ในขณะเดียวกันพบว่ายังคงพบปัญหาการตายมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุการ

ตกเลือดหลังคลอดเป็นปัญหาหลัก ดังนั้น จึงเห็นควรให้มีการทบทวนการปฏิบัติตามมาตรการอย่างจริงจังในพื้นที่และมีการกำกับติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิดต่อไป

สาเหตุการตายมารดาจากจากการศึกษาครั้งนี้นอกจากสาเหตุโดยตรงทางสุติกรรม (Direct causes) แล้ว ยังพบสาเหตุการตายทางอ้อม (Indirect causes) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกัน รองจากสาเหตุทางตรง โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีโรคทางอายุรกรรมร่วมด้วย อาทิเช่น โควิด-19, SLE, Heart vascular disease, Stomach cancer, Malignancy, Tongue cancer, AML และBMI เกินเกณฑ์ ซึ่งหญิงที่มีโรคทางอายุรกรรมร่วมกับการตั้งครรภ์จะมีอันตรายและความเสี่ยงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ ในช่วงตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากแพทย์เฉพาะทางร่วมกับสูติแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายตามมา ในการศึกษาครั้งนี้พบมารดาตายทางอ้อมด้วยสาเหตุจากการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าโรคอื่นๆ ถึงแม้จะมีแนวทางหรือมาตรการในการดูแล แต่เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ จึงทำให้เกิดความล่าช้าและมีพื้นที่ วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ จำกัดในการให้บริการ ดังนั้นจึงควรมีการทบทวนการให้บริการ รวมไปถึงการบริหารจัดการจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ รวมไปถึงการบริหารจัดการสถานที่ให้พร้อมในการทำหัตถการต่างๆ พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดการแบบเครือข่าย (Network) แก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ให้รวดเร็ว ทันเวลา และกำหนดให้มีการกำกับ การปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

จากการศึกษาครั้งนี้ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ผ่านแบบจำลองความล่าช้า 3 ประการที่ส่งผลต่อการตายมารดา (3 Delay Model) เพื่อจัดกลุ่มของปัญหานั้น พบว่า มารดาที่เสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 60.32 เกิดจากปัญหาความล่าช้าจากการได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) โดย ร้อยละ 84.29 เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ และร้อยละ 15.71 เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำทดแทนที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกราย เพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว รองลงมาพบ การตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) ร้อยละ 47.62 เช่น ฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่ฝากครรภ์เลยเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ และการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ 15.84 ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาจากระบบส่งต่อ และการสื่อสารโรงพยาบาลล้มเหลว การศึกษานี้ดำเนินการในเขตสุขภาพที่ 6 อาจไม่สะท้อนถึงรูปแบบความล่าช้าของเขตสุขภาพอื่น เนื่องจากอัตราการคลอดบุตรสูงกว่าอย่างต่อเนื่องและเขตสุขภาพที่ 6 อยู่ในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ EEC และ SEZ ซึ่งมีประชากรจำนวนมากทั้งประชากรแฝงและแรงงานต่างด้าว อย่างไรก็ตามการค้นพบนี้มีความสำคัญ และสามารถนำมาใช้เพื่อปรับปรุงพัฒนาระบบบริการคุณภาพอย่างจริงจังและอย่างต่อเนื่องต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เขตสุขภาพที่ 6 ยังพบสาเหตุโดยตรงทางสุติกรรม (Direc causes) จากภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นปัญหาหลัก อันเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันการเกิดซ้ำได้ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงควรจัดทำแนวทางการเฝ้าระวังและแก้ไขมารดาตายทั้งในสถานบริการ และชุมชน ออกเป็นข้อสั่งการภาพรวมในประเด็น Zero PPH, PIH โดยพัฒนาคุณภาพระบบบริการร่วมกับคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ เพื่อลดสาเหตุมารดาตายซ้ำจาก PPH, PIH มีแนวทางหรือมาตรการในการดำเนินงานการเฝ้าระวังและป้องกันการตายมารดา ของเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ กำหนดใช้ Standing Order หรือ CPG กรณีมีความเสี่ยงสูง มีการ Update CPG และสื่อสารทุกหน่วยบริการที่มีการฝากครรภ์ (ANC) ซึ่งกำกับติดตามโดยการสุ่มตรวจสอบเวชระเบียน และเมื่อพบมีการตายมารดาให้ติดตามตรวจสอบในกระบวนการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา นอกจากนี้ทีมเยี่ยมประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กต้องดูกระบวนการจัดการกรณี PPH PIH

2. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน

ด้านระบบบริการคุณภาพ

1. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการฝากครรภ์ และห้องคลอดตามมาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก โดยการให้โรงพยาบาลทุกระดับมีการประเมินตนเองตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กทุกปี รวมทั้งติดตามประเมินมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ และโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และมีแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตายระดับประเทศ (PNC)
2. จัดอบรมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Obstetric Crisis) เช่น คลอดติดไหล่/Breech assisting/ NCPH และ CPR แก่บุคลากรใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ
3. การบริหารยา และเวชภัณฑ์ โดยการใช้งบตวงเลือดในการคลอดทุกราย เพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งจัดให้มีระบบสำรองเลือดและสารน้ำเพียงพอพร้อมใช้งาน นอกจากนี้ ต้องมียารักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด เช่น Transamin, Oxytocin, Cytotex

ด้านการจัดการการตั้งครรภ์เสี่ยง และลดปัจจัยเสี่ยง

1. หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสารเสพติด และกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรมขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ ควรมีการจัดบริการ ดังนี้
 - จัดระบบสร้างความรอบรู้ให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มหญิงเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรมที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้
 - เชิญชวนหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เข้าร่วม “โปรแกรม 9 อย่างเพื่อสร้างลูก” เป็นช่องทางการสื่อสารผ่าน Application โดยการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ตลอด 24 ชั่วโมง

- หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการทุกรายจะต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงในคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอดทุกครั้ง
- หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายได้พบสูติแพทย์ และทำคลอดโดยสูติแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม
- การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์
- การเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลรักษาในหญิงตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงระหว่างสถานบริการของรัฐ สถานบริการของเอกชนทั้งในและนอกพื้นที่

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรเก็บข้อมูลเชิงลึกโดยการสัมภาษณ์ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (ญาติสายตรงหรือบุคคลใกล้ชิด) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความชัดเจนและถูกต้องตรงกับความ เป็นจริงมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบแนวทางเฝ้าระวังและแก้ไขมารดาตาย หรือโมเดลในการดำเนินงานตามนโยบาย เพื่อลดสาเหตุมารดาตายซ้ำจาก PPH, PIH ของเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติเดียวกันทั้งเขตสุขภาพต่อไป

3. ควรมีการศึกษาประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย เพื่อจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนาการและแนวทางการปฏิบัติ เพื่อลดสาเหตุมารดาจากทุกสาเหตุ และลดสาเหตุการตายซ้ำจาก PPH, PIH ของเขตสุขภาพที่ 6

4. ควรมีการนำข้อมูลสถานการณ์การตายมารดา ปัจจัย และสาเหตุการตายมารดาในเขตสุขภาพที่ 6 ในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลสนับสนุนเพื่อจัดทำรูปแบบแนวทางเฝ้าระวังและแก้ไขมารดาตาย หรือเป็นโมเดลของเขตสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติเดียวกันทั้งเขตสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- จันทิยา เนติภักชธรรม, กัญญาภัทร คำโสม, อธิษฐาน สารินทร์, และชนัตต์ มาลัยกนก. (2563).
 สถานการณ์มารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 13(1), 52-73.
- ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. *อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ปีงบประมาณ 2562-2564*. สืบค้น 18 พฤษภาคม 2565, จาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr?year=2022>
- วรรณธณ ถนอมเกียรติ. (2559). การศึกษาปัจจัย สาเหตุและสถานการณ์การตายของมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 6(2), 10-17.
- วรรณชนก ลิ้มจรรย์. (2565). *การเฝ้าระวังการตายมารดาไทย ปีงบประมาณ 2563*. สืบค้น 18 พฤษภาคม 2565, จาก <https://person.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/download/?did=208023&id=86447&reload=>
- ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย. *สรุปผลตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2562 - 2564*. สืบค้น 18 พฤษภาคม 2565, จาก [https://hpc6.anamai.moph.go.th/th/government-inspection/สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. แบบรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries \(CE- 62\) ปีงบประมาณ 2562 - 2564. นนทบุรี; 2562](https://hpc6.anamai.moph.go.th/th/government-inspection/สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. แบบรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries (CE- 62) ปีงบประมาณ 2562 - 2564. นนทบุรี; 2562)
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. *รายงานประจำปี พ.ศ. 2564 สำนักส่งเสริมสุขภาพ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย*. นนทบุรี; 2565
- World Health Organization. (2020). *World health statistics 2020 : monitoring health for the SDGs,sustainable development goals; 2020*. Retrieved 2023 May 17, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2012). *The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerprrium: ICD-MM; 2012*. Retrieved 2023 May 18, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70929/9789241548458_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ภาคผนวก

แบบรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries-CE

ชื่อสถานบริการ ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... วันที่รายงาน เดือน พ.ศ.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ นามสกุล..... อายุ..... ปี

สัญชาติ ไทย (เป็นคนไทย หรือคนที่มีเลข 13 หลัก แต่ไม่ระบุสัญชาติ)
 ต่างดาว (ลาว พม่า กัมพูชา)
 อื่นๆ

อาชีพ..... เลขประจำตัวประชาชน

เลขที่ผู้ป่วยนอก..... เลขที่ผู้ป่วยใน.....

วันที่เสียชีวิต อายุครรภ์ขณะมารดาเสียชีวิต

2. ข้อมูลการฝากครรภ์

ฝากครรภ์ ไม่ฝากครรภ์

ตั้งครรภ์ครั้งที่..... เคยคลอด ครั้ง เคยแท้ง..... ครั้ง

วันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก สัปดาห์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ตามเกณฑ์..... ครั้ง

น้ำหนักของมารดาเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก..... กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร

น้ำหนักของมารดาเมื่อก่อนคลอด..... กิโลกรัม

Hb/Hct ครั้งที่ 1 Hb/Hct..... ครั้งที่ 2 Anti HIV

กำหนดคลอด

3. ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์

• ประวัติความผิดปกติของครรภ์นี้.....

• ประวัติภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ครั้งนี้

มี ไม่มี

<input type="radio"/> ความดันโลหิตสูง	<input type="radio"/> ไข้หวัดในปัสสาวะ
<input type="radio"/> น้ำตาลในปัสสาวะ	<input type="radio"/> ซีด
<input type="radio"/> เด็กทำผิดปกติ	<input type="radio"/> Previous C/S
<input type="radio"/> อื่น ๆ ระบุ.....	

• ประวัติการได้รับยาขณะตั้งครรภ์และข้อสรุปสำคัญในระยะตั้งครรภ์.....

4. การรับเข้ารักษาในสถานบริการ

• ว.ด.ป. เข้ารับการรักษา วันที่.....เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....

• สถานภาพที่มาถึงสถานบริการ

แท้ง ท้องนอกมดลูก ฝากครรภ์
 เจ็บครรภ์/น้ำเดิน หลังคลอด ตกเลือดก่อนคลอด

• สถานภาพผู้ป่วยเมื่อถึงสถานบริการ

ยังกู้ดี (stable) อาการหนัก
 เสียชีวิตก่อนถึงสถานบริการ อื่นๆ ระบุ.....

• Case Refer มาเอง

5. ข้อมูลการคลอดหรือการแท้ง

A ความก้าวหน้าของการคลอด

- มีการใช้ Partograph หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
- ระยะที่ 1..... ชม..... นาที
- ระยะที่ 2..... ชม..... นาที
- ระยะที่ 3..... ชม..... นาที
- น้ำคร่ำแตกเวลา..... สีน้ำคร่ำ.....

B ข้อมูลการคลอดหรือการแท้ง

- วันที่คลอดหรือแท้ง..... เวลา.....
- กรณีแท้ง แท้งเอง ทำแท้ง
- กรณีคลอด
วิธีคลอด ปกติ C/S F/E V/E BBA
 คลอดท่าก้นทางช่องคลอด อื่นๆ.....
- ผู้ทำคลอด สูติแพทย์ พยาบาล
 ผดุงครรภ์ ผดบ.
 แพทย์ใช้ทุน บุคลากรอื่นๆ ที่ผ่านการอบรม
 อื่นๆ.....
- น้ำหนักทารกแรกเกิด..... กรัม

C ลักษณะเด็กเมื่อแรกคลอด

- Apgar score ที่ 1 นาที = ที่ 5 นาที =
- ลักษณะของรกและน้ำหนักรก.....
- อาการของมารดาเมื่อหลังคลอด.....

6. สรุป สาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิต (ภาเครื่องหมาย ✓ ลงใน ได้เพียง 1 ข้อ)

Group name	Potential causes of death
1. Pregnancies with abortive outcome	<input type="checkbox"/> Ectopic pregnancy <input type="checkbox"/> Hydatidiform mole <input type="checkbox"/> Failed attempted abortion <input type="checkbox"/> Complication of abortion (Genital tract and pelvic infection, Excessive hemorrhage, Embolism, Renal failure, metabolic disorders, damage to pelvic organs)
2. Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium	<input type="checkbox"/> Pregnancy induced hypertension <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Gestational hypertension
3. Obstetric haemorrhage	<input type="checkbox"/> Placenta adherens <input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Abruptio placentae <input type="checkbox"/> Antepartum hemorrhage <input type="checkbox"/> Intrapartum hemorrhage <input type="checkbox"/> Postpartum hemorrhage (Retained placenta, Uterine atony, Perineal laceration) <input type="checkbox"/> Obstetric trauma (Rupture of uterus, Laceration of cervix, High vaginal laceration)

Group name	Potential causes of death
4. Pregnancy-related infection	<input type="checkbox"/> Chorioamnionitis <input type="checkbox"/> Puerperal infection <input type="checkbox"/> Infections of genitourinary tract
5. Other obstetric complications	<input type="checkbox"/> Venous complications : DVT <input type="checkbox"/> Liver disorders : Acute fatty liver <input type="checkbox"/> Postpartum cardiomyopathy <input type="checkbox"/> Intentional self - harm <input type="checkbox"/> Obstetric embolism (Amniotic fluid embolism, Pulmonary embolism)
6. Unanticipated complications of management	<input type="checkbox"/> Complications of anesthesia (Aspiration pneumonitis, Brain anoxia, High spinal block, Failed or difficult intubation) <input type="checkbox"/> Complications of surgery (Unintentional cut, Puncture, Perforation, Foreign body accidentally left) <input type="checkbox"/> Complications of medical care (Mismatched blood used in transfusion, Excessive amount of fluid transfusion, Failure in dosage, Anaphylaxis due to drug, Nonadministration of necessary drug, substance)
7. Non-obstetric complications	<input type="checkbox"/> Heart vascular diseases <input type="checkbox"/> Cerebral hemorrhage <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Neoplasm <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Autoimmune diseases <input type="checkbox"/> Malignancy <input type="checkbox"/> Endocrine diseases <input type="checkbox"/> Infections that are not a direct result of pregnancy
8. Unknown/undetermined	<input type="checkbox"/> The underlying cause is unknown or was not determined
9. Coincidental causes	<input type="checkbox"/> External causes except intentional self-harm (Accidental, Assault) <input type="checkbox"/> Diseases not aggravated by the pregnancy

7. สรุปสาเหตุที่ทำให้มารดาเสียชีวิตเมื่อวิเคราะห์ 3 Delays (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

Delays	หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่	เหตุผล.../ โปรดระบุ
1. หญิงตั้งครรภ์/ครอบครัว (การตัดสินใจ)	ความซ้กซ้ำในการตัดสินใจเข้าสถานพยาบาล			
	การปฏิเสธการรักษาหรือเข้ารับการรักษา			
2. ระบบส่งต่อและการสื่อสาร (การเข้าถึง)	ขาดยานพาหนะจากบ้านไปสถานพยาบาล			
	ขาดยานพาหนะระหว่างสถานพยาบาล			
	การสื่อสารระหว่างสถานบริการล้มเหลว			
3. บุคลากรและสถานพยาบาล (คุณภาพบริการ)	ขาดวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์, ยา, คลังเลือด			
	บุคลากรไม่เพียงพอ			
	ขาดทักษะ ความชำนาญ			
	ความล่าช้าในการรักษาและตัดสินใจ เปลี่ยนวิธีการรักษาตาม CPG			

8. การผ่าชันสูตรศพ ไม่ได้ทำ

ได้ทำ ผลการชันสูตรศพ

.....

.....

.....

.....

9. สรุปโดยย่อเกี่ยวกับปัจจัยหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับการตาย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. การตายครั้งนี้สามารถป้องกันได้หรือไม่

ได้ ไม่ได้

11. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

.....

.....

.....

12. คณะกรรมการ MCH รพ.....จังหวัด.....

(ชื่อ-สกุล).....วันที่.....

13. ผู้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายงาน

(ชื่อ-สกุล).....วันที่.....

14. ผู้ส่งรายงานเข้ากรมอนามัย

(ชื่อ-สกุล).....วันที่.....