

สถานการณ์มารดาตายในจังหวัดขอนแก่น

ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 – กันยายน พ.ศ.2564

นรินทร์รัตน์ แก้วลา¹,พัชรีภรณ์ ฤทธิรักษา², วรินทร์รัตน์ ชันธะอาด³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากแบบรายงานการตายของมารดา บันทึกการประชุม MCHB จังหวัดขอนแก่น รายงานการคลอด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายมารดาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ในจังหวัดขอนแก่น การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่เข้ารับการรักษาและเสียชีวิตในขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ในสถานบริการของจังหวัดขอนแก่น ช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกโรคที่เป็นสาเหตุหลักของมารดาตาย และแบบบันทึกสาเหตุความล่าช้า 3 ประการที่เกี่ยวข้องกับมารดาตาย ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองโดยการประยุกต์จากแบบรายงานการตายมารดา (CE) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ และอัตราส่วน ผลการวิจัยพบว่า ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 จังหวัดขอนแก่น มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 6.29,19.2, 19.51, 35.00 และ 22.81 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ โดยสาเหตุที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก คือ ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดที่ปอด รองลงมาคือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด และภาวะตกเลือดหลังคลอด ความล่าช้าที่เกี่ยวข้องกับการตายมารดาพบว่าร้อยละ 50 มีสาเหตุจาก 1-Delays ร้อยละ 21.42 ไม่พบความล่าช้าทั้ง 3 สาเหตุ ร้อยละ 14.29 มีสาเหตุความล่าช้าจาก 1-Delays & 3-Delays ร้อยละ 12.29 มีสาเหตุจาก 3-Delays สรุปได้ว่า อัตราส่วนการตายมารดาในจังหวัดขอนแก่นในช่วง 5 ปี ยังคงสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน สาเหตุความล่าช้าส่วนใหญ่เกิดจากผู้รับบริการขาดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ (1-Delays)

คำสำคัญ : สถานการณ์, มารดาตาย, สาเหตุการตาย

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author; Narinrat Kaewla, Email: narinratkaewla@gmail.com

Received: November 26, 2022; Revised May 16, 2023; Accepted May 17, 2023

Maternal Death Situation in Khon Kaen Province from 2017– 2021

Narinrat Kaewla¹, Puchareepron Ridraksa², Warintarat Khantasard³

Abstract

This Descriptive research aimed to study the maternal mortality situation in Khon Kaen Province by Retrospective review, studying the information from the maternal mortality report form, MCHB meeting minutes in Khon Kaen Province, and also the birth report. The sample consisted of mothers who received treatment and died during pregnancy, childbirth, and within 42 days postpartum in healthcare facilities in Khon Kaen Province from October 2017 - September 2021. The data was collected using a personal data record form, the record of diseases that caused maternal mortality, and the 3-Delays factor analysis record form the researcher conducted by applying the maternal mortality report form (CE). Data were analyzed using descriptive statistics by frequency distribution, percentage, and ratio. The results from October 2017 - September 2021, the ratio revealed 6.29, 19.20, 19.51, 35.00, and 22.81 per hundred thousand live births, respectively. The majority (71.43%) are direct causes. The 3 most common causes include amniotic fluid embolism, followed by pulmonary embolism, and postpartum hemorrhage. The delays associated with maternal death showed that 50% were caused by the 1-Delays, 21.42% didn't find all 3 delays types, 14.29% were caused by the 1 and 3-Delays, and another 14.29% were caused by only the 3-Delays. Conclusion: The maternal mortality ratio in Khon Kaen during the 5 years time was still higher than the standard. Most delays are due to the lack of health awareness among clients.

Key words: Situation, Maternal Death, Cause of Death

¹ Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Public Health Office

² Public Health Technical Officer, Professional Level, Khon Kaen Public Health Office

³ Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Public Health Office,

บทนำ (Introduction)

อัตราส่วนการตายของมารดาเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความเป็นอยู่ของสตรี และเป็นเครื่องบ่งชี้สุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศนั้น ๆ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.2020 พบการตายมารดาทั่วโลก 211 ราย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีการตายมารดาเฉลี่ยอยู่ที่ 115 รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน การตายของมารดามีผลกระทบต่อการพัฒนาาระบบสาธารณสุขอย่างสูง และยังคงเป็นประเด็นที่ทำนายสำหรับการพัฒนาขององค์การอนามัยโลก¹

รัฐบาลไทยได้ตกลงความร่วมมือกับองค์การสหประชาชาติ ในการลดการตายของสตรีและเด็ก และได้มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กอย่างยั่งยืนโดยกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดอัตราส่วนการตายมารดาในแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 20 ปีเท่ากับ 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพภายในปี 2565 นั้น แต่ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุเป้าหมาย โดยมีอัตราส่วนการตายของมารดาปี พ.ศ. 2561-2563 เท่ากับ 19.8, 20.34 และ 21.31 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ² ด้านสถานการณ์การตายของมารดาจังหวัดขอนแก่น พบว่า อัตราส่วนการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนปี พ.ศ. 2560 - 2564

เท่ากับ 6.29, 19.20, 19.51, 35.00 และ 22.81 ตามลำดับ³ ไม่บรรลุค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน การตายของมารดาส่งผลกระทบต่อครอบครัว มารดาที่เสียชีวิต ซึ่งต้องสูญเสียบุคคลที่รัก นำมาสู่ข้อร้องเรียนในการให้บริการทางการแพทย์⁴ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากการรักษา มารดาที่อยู่ในภาวะวิกฤติต้องใช้เครื่องมือ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสูง และต้องการการดูแลจากบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อรายจึงสูงมาก

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพอนามัยกลุ่มมารดาซึ่งมีความสำคัญในด้านระบบบริการสาธารณสุข และต้องได้รับการพัฒนาอย่างยิ่ง คณะผู้ศึกษาในฐานะผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การตายมารดา และความล่าช้า 3 ประการที่เกี่ยวข้องกับการตายของมารดา ในจังหวัดขอนแก่น เพื่อนำข้อมูลที่ค้นพบไปใช้ในการวางแผนงาน และกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ร่วมกับทีมแพทย์ พยาบาลที่รักษาพยาบาลในหน่วยบริการสู่การลดอัตรา การตายของมารดาให้บรรลุเป้าหมาย และพัฒนาระบบงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดขอนแก่น ให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายของมารดาขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดในจังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Review) จาก แบบรายงานการตายของมารดา (แบบ CE) ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2560 - กันยายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาตายทุกรายที่รับบริการในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยขอนแก่นระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2560 - กันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 30 แห่ง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria) คือ 1) มารดาที่เข้ารับบริการและเสียชีวิตในสถานบริการ ในจังหวัดขอนแก่น ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 และ 2) มารดาที่เสียชีวิตในขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ในตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์

และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ

เกณฑ์การคัดเลือกรวมตัวอย่าง
ออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) ไม่พบแบบรายงานการตายของมารดา (CE) ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบรายงานการตายมารดา (CE) บันทึกการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2560 - เดือนกันยายน พ.ศ.2564

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ

รวบรวมข้อมูล เครื่องมือส่วนนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองโดยการประยุกต์จากแบบรายงานการตายมารดา (CE) ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ซึ่งต้นฉบับมีทั้งหมด 11 หมวดคำถาม ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ให้เหลือเป็น 4 หมวด คือ หมวดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล หมวดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลประวัติทางสูติกรรม หมวดที่ 3 แบบบันทึกโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาตาย หมวดที่ 4 แบบบันทึกการวิเคราะห์ความล่าช้า 3 ประการ (3 Delays) ที่ทำให้มารดาตาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 1-4 ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย สูติแพทย์เชี่ยวชาญ 2 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษแผนกสูติกรรม 1 คน มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 - 30 ตุลาคม พ.ศ. 2564 โดยผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีการดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1) ดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective review) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก แบบรายงานการตายของมารดา จังหวัดขอนแก่น (แบบCE) รายงานบันทึกการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดขอนแก่น⁵ ช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ประมาณ 1 เดือน

2) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง และบันทึกรหัสตามคู่มือการลงรหัสที่สร้างขึ้น เพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

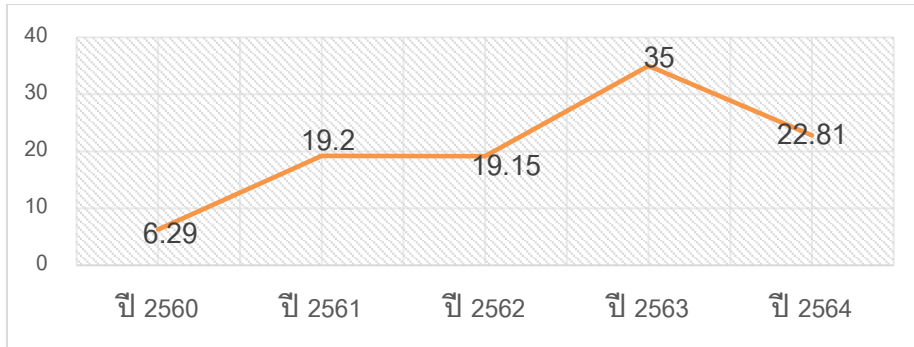
ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทางสูติกรรม ข้อมูลโรคที่เป็นสาเหตุหลักของการตายมารดา ความล่าช้า 3 ประการ (3 Delays) ที่เกี่ยวข้องกับการตาย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย KEC 64040/2564 เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย (Result)

การศึกษาศถานการณ์การตายของมารดาพบว่าตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 - กันยายน 2564 จังหวัดขอนแก่น มีการคลอดทั้งหมด 72,013 ราย ค่าเฉลี่ย 14,420 ราย/ปี อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 6.29 (1 ราย), 19.20 (2 ราย), 19.51 (2 ราย), 35 (5 ราย), และ 22.81 (4 ราย) ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ ดังภาพแสดงที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงแนวโน้มอัตราการตายมารดาจังหวัดขอนแก่นต่อการเกิดมีชีพแสนคนระหว่างปีงบประมาณ 2560 - 2564

การตายมารดาในจังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 - เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 พบว่าปีงบประมาณ 2560 ต่ำสุด เท่ากับ 8.30 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และสูงสุด ในปีงบประมาณ 2563 เท่ากับ 35 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

จากการศึกษาพบว่า มารดาตายมี สัญชาติไทย ร้อยละ 92.9 (13 ราย) สัญชาติ เมียนมาร์ ร้อยละ 7.1 (1 ราย) มารดาที่เสียชีวิต อายุเฉลี่ย 31.79 ปี (SD. = 7.47) ร้อยละ 35.7 อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 28.6 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 20 - 25 ปี และช่วง อายุ 31-35 ปี (Min = 21, Max = 43) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.55 (SD. = 16.24, Min = 20.60, Max = 60.90) ประกอบอาชีพรับจ้าง และเกษตรกร ร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย ร้อยละ 21.4 พนักงานบริษัท ร้อยละ 14.3 และข้าราชการ ร้อยละ 7.1 ด้าน การศึกษาพบว่ามารดาตายส่วนใหญ่ ร้อยละ

57.1 (8 ราย) และข้าราชการ ร้อยละ 7.1 ด้านการศึกษาพบว่ามารดาตายส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.1 (8 ราย) จบระดับมัธยมศึกษา ตอนปลาย รองลงมาคือร้อยละ 21.4 (3 ราย) จบระดับ ประถมศึกษา ร้อยละร้อยละ 14.3 (2 ราย) จบปริญญาตรี และร้อยละ 7.1 (1 ราย) ไม่ทราบ ประวัติ ช่วงอายุครรภ์ที่มารดาตาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 78.6 (11 ราย) ตายระหว่าง อายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์ รองลงมา ร้อยละ 14.3 (2 ราย) ระหว่างอายุครรภ์ 14-27 สัปดาห์ และร้อยละ 7.1 (1 ราย) ตายระหว่างอายุครรภ์ 1-13 สัปดาห์ โดยอายุครรภ์มากที่สุดคือ 39 สัปดาห์ อายุครรภ์น้อยที่สุดคือ 4 สัปดาห์

ลักษณะทางคลินิกของมารดาตาย ในช่วงที่ศึกษาพบว่า ด้านประวัติการฝากครรภ์ มารดาส่วนใหญ่ที่ตายได้รับการฝากครรภ์ ร้อยละ 78.6 (11 ราย) และไม่ได้รับการฝาก ครรภ์ ร้อยละ 21.4 (3 ราย) อายุครรภ์ที่มา ฝากครรภ์ครั้งแรกพบว่า ร้อยละ 42.9 (6 ราย) มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 21.4

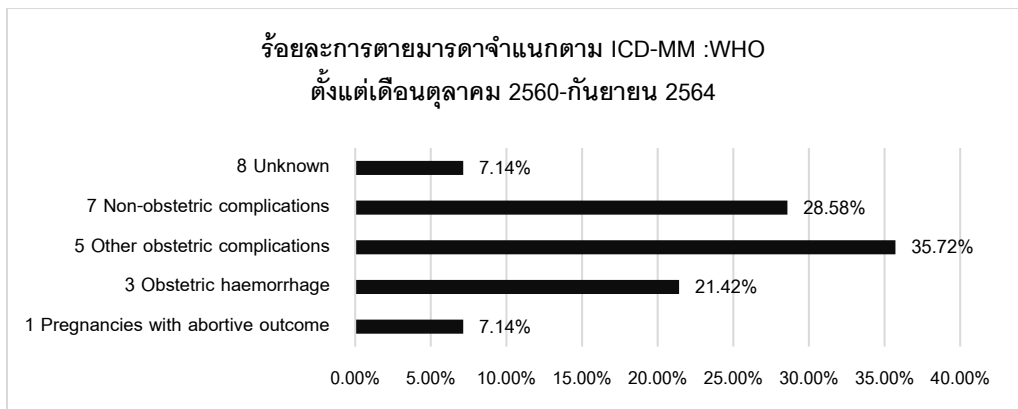
(3 ราย) ร้อยละ 7.1 (1 ราย) ผ่าตัดครั้งแรก ที่อายุครรภ์ระหว่าง 13 - 19 ร้อยละ 14.3 (2 ราย) ผ่าตัดครั้งแรกที่อายุครรภ์ 20-25 สัปดาห์ ร้อยละ 14.3 (2 ราย) ผ่าตัดครั้งแรกที่อายุครรภ์มากกว่า 25 สัปดาห์ ร้อยละ 21.4 (3 ราย) ร้อยละ 21.4 (3 ราย) ไม่ทราบ ด้านคุณภาพ การผ่าคลอดพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 57.1 (8 ราย) มารดาผ่าคลอดไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 42.9 (6 ราย) ผ่าตัดครบเกณฑ์ คุณภาพ ด้านภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ พบว่า ร้อยละ 28.6 (4 ราย) ไม่มีภาวะเสี่ยงขณะ ตั้งครรภ์ ร้อยละ 71.4 (10 ราย) มีภาวะเสี่ยง ขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ มีโรคทางอายุรกรรม (HIV+ve/ CA Lung/ Malignant Glioma) ร้อยละ 40 (4 ราย) มีภาวะช็อค ร้อยละ 30 (3 ราย) มีภาวะตั้งครรภ์แฝดร่วมกับความดัน โลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 20 (2 ราย) มารดาอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 10 (1 ราย) ตามลำดับ อาการแรกเริ่มเมื่อถึงสถานพยาบาล พบว่า ร้อยละ 64.3 อยู่ในอาการหนัก ร้อยละ 35.7 อาการปกติ การเดินทางมาโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 50 (7 ราย) เดินทาง มาด้วยตนเองหรือญาติมาส่ง รองลงมาคือ ร้อยละ 28.6 (4 ราย) เดินทางมาโดยรถส่งต่อ และร้อยละ 21.4 (3 ราย) เดินทางโดยรถกู้ชีพ วิธีการคลอดของมารดาที่เสียชีวิตพบว่า ร้อยละ 42.9 (6 ราย) ผ่าคลอด ร้อยละ 21.4 (3 ราย) คลอดปกติ ร้อยละ 14.3 (2 ราย) คลอดโดยเครื่องดูดสุญญากาศ ร้อยละ 14.3 (2 ราย) มีภาวะแท้ง และร้อยละ 7.1 (1 ราย)

คลอดเองที่บ้าน ด้านผู้ทำคลอด พบว่าร้อยละ 71.4 (10 ราย) สูติแพทย์เป็นผู้ทำคลอด ร้อยละ 14.3 (2 ราย) พยาบาลทำคลอด ร้อยละ 7.1 (1 ราย), 7.1 (1 ราย) แพทย์ใช้ทุน และ บุคคลอื่น เป็นผู้ทำคลอด ตามลำดับ ด้านช่วงระยะเวลาที่ มารดาเสียชีวิต พบว่า ร้อยละ 50 (7) เสียชีวิต ในระยะหลังคลอด รองลงมาคือ ร้อยละ 28.6 (4 ราย) เสียชีวิตในระยะคลอด ร้อยละ 14.3 (2 ราย) เสียชีวิตในระยะก่อนคลอด และร้อยละ 7.1 (1 ราย) เสียชีวิตในระยะแท้ง ด้านสถานที่ มารดาเสียชีวิต พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 92.8 เสียชีวิตในโรงพยาบาล และร้อยละ 7.2 เสียชีวิตที่บ้าน ด้านโรคที่เป็นสาเหตุหลักทำ ให้มารดา ตายพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 64 มารดาตายจากสาเหตุทางตรง โดยเกิดจาก ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดที่ปอด (2 ราย) ภาวะลิ่มเลือด อุดกั้นในปอด (2 ราย) ภาวะ ตกเลือดหลังคลอด (2 ราย) ภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจผิดปกติหลังคลอด (1 ราย) ภาวะรก เกาะลึก (1 ราย) และภาวะแทรกซ้อนจากการ ทำแท้ง (1 ราย) รองลงมา ร้อยละ 29 มีสาเหตุ จากทางอ้อม โดยเกิดจากโรคมะเร็งปอด (2 ราย) โรคเอดส์ (1 ราย) โรคเนื้องอกชนิด กลิโอมา (1 ราย) และร้อยละ 7 มีสาเหตุจาก โรคที่ไม่ทราบสาเหตุหรือไม่ระบุ (1 ราย)

เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายมารดา โดยการจำแนกตาม ICD-MM:WHO⁶ พบว่า สาเหตุการตายทางตรง (Direct Cause) ส่วน ใหญ่ มาจากกลุ่มที่ 5 คือ ความผิดปกติอื่นของ

มารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์และระหว่างคลอด ได้แก่ ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดที่ปอด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติระหว่างการตั้งครรภ์หรือหลังคลอด รองลงมาคือ มาจากกลุ่ม 3 คือภาวะตกเลือดก่อนคลอด ขณะคลอด และหลัง

คลอด ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด และความผิดปกติของรก สาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) ส่วนใหญ่พบสาเหตุมาจาก มะเร็งปอด เนื่องอกชนดก ลิโอมา และโรคเอดส์ ดังภาพแสดงที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงสาเหตุการตายมารดาจำแนกตาม ICD_MM: WHO

เมื่อพิจารณาด้านความล่าช้า ที่เกี่ยวข้องกับการตายของมารดา โดยอ้างอิงตามแนวทางระบบเฝ้าระวังมารดาตายสำหรับประเทศไทยคือ 3 Delays⁷ พบว่าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 - 2564 พบความล่าช้าส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 (7 ราย) เป็นความล่าช้า Delay-1 (Delay Decision to Seek Care) ซึ่งเป็นความล่าช้าด้านผู้รับบริการในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาล่าช้า ร้อยละ 21.42 (3 ราย) ไม่พบความล่าช้าทั้ง 3 ประการ ร้อยละ 14.29 (2 ราย) เป็นความล่าช้า Delay-3 (Delay in Reaching Adequate Health Care) เป็นความล่าช้าด้านผู้ให้บริการในด้าน การรักษาและ

และตัดสินใจ และร้อยละ 14.29 (2 ราย) เป็นความล่าช้าทั้ง Delay-1 & Delay-3

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. สถานการณ์การตายมารดาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 - 2564 พบว่ามีมารดาตายทั้งหมด 14 ราย อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 6.29 (1 ราย), 19.2 (2 ราย), 19.51, (2 ราย), 35 (5 ราย) และ 22.81 (4 ราย) ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ ซึ่งอัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย เมื่อพิจารณาถึงโรคที่เป็นสาเหตุ

การตายพบว่า สาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 71.43 (10 ราย) เป็นสาเหตุทางตรง (Direct Cause) คือภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดที่ปอด รองลงมาคือภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะรกเกาะลึก การแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ 2563⁸ ซึ่งพบว่าการตายมารดาส่วนใหญ่มาจากกลุ่มกลุ่มที่ 5 คือ ความผิดปกติอื่นของมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์และระหว่างคลอด ได้แก่ ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดที่ปอด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของวรวรรณ ถนอมเกียรติ⁹ วีระวรรณ ถิ่นยืนยง¹⁰ และ จันทิยา เนติวิจิตรธรรม¹¹ ซึ่งพบว่าการตายของมารดาที่พบมากที่สุดคือ สาเหตุการตายทางตรง (Direct Cause) จากภาวะตกเลือดหลังคลอด และความดันโลหิตสูง การเสียชีวิตจากสาเหตุทางตรงเป็นภาวะที่ป้องกันได้¹² จากบันทึกการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดขอนแก่น⁵ พบว่ามีการดำเนินงานเพื่อป้องกันมารดาตายจากกรณีตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายทางตรง โดยกำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งจัดเตรียมความพร้อมด้านคลังเลือด ยาและเวชภัณฑ์ยาที่จำเป็นให้พร้อมทุกแห่ง มีระบบการส่งต่อทางสูติฉุกเฉินภายในจังหวัด มีการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ ปีละ 1 ครั้ง

ส่วนสาเหตุการตายมารดาทางอ้อม (Indirect Cause) พบว่าร้อยละ 21.43 (3 ราย) เป็นการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอด โรคเอดส์ และโรคเนื้องอกสมองกลีโมา และมารดาตายจากไม่ทราบสาเหตุ (Unknown) ร้อยละ 7.14 (1 ราย) คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดขอนแก่น (MCH Board) มีการสร้างความรู้และความตระหนักในการจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงโดยใช้แบบประเมิน Early Warning Signs ให้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพให้คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อจัดระดับความรุนแรงและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับการดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

2. ด้านความล่าช้า 3 ประการที่เกี่ยวข้องกับการตายของมารดา พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 50 (7 ราย) เป็นความล่าช้า ประการ ที่ 1 (Delay-1) จากหญิงตั้งครรภ์หรือครอบครัวตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า เช่น มาฝากครรภ์ช้า หรือไม่มาฝากครรภ์ รวมถึงปฏิเสธการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nawal MN¹³ พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของมารดาที่ตายในสถานบริการส่วนใหญ่มาจากการเข้ารับบริการล่าช้า ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวขาดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ วัฒนธรรมและความเชื่อ จึงควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบความล่าช้าประการที่ 3 (Delay-3) ร้อยละ 14.29

(2 ราย) ซึ่งมีสาเหตุความล่าช้าในด้านการให้บริการที่มีคุณภาพ ในด้านทักษะของบุคลากร (Delay-3) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าในระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็กควรได้รับการพัฒนาทั้งผู้ให้และผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง^{11,14-15} จึงจะเป็นการแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ในระดับจังหวัดควรนำข้อมูลที่ค้นพบไปใช้ในการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์สุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มมารดาและทารก เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดขอนแก่น ดังนี้

1) ควรมีการกำกับกับการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่องและขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการประเมินรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Network Certification) เพื่อให้ระบบบริการพื้นฐานเป็นมาตรฐานเดียวกันเดียวกันและเป็นการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Service) จะทำให้มารดาและทารกได้รับความปลอดภัย

2) ควรยกระดับบริการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ให้ได้รับการวางแผนดูแลเป็นรายกรณี ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ จนเข้าสู่ระยะคลอด และหลังคลอดเพื่อได้รับความปลอดภัยอย่างสูงสุด จะทำให้ลดอัตราการตายมารดาได้

3) ควรมีการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเชิงรุกให้กับหญิงตั้งครรภ์เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเชิงรุกให้กับหญิงตั้งครรภ์ เช่น แอปพลิเคชัน Line OA : แม่และเด็กเขต 7 หรืออื่น ๆ เพื่อสื่อสารข้อมูลสุขภาพในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ หลังคลอด และทารกแรกเกิด

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณ พญ.จิตติพร สิริวิชัย ประธาน MCHB จังหวัดขอนแก่น พญ.อุษณีย์ สังคมกำแหง แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ และคุณสุวรรณา ธาดาทิพัฒน์ ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณคณะอาจารย์ผู้วิพากษ์การนำเสนอผลงานวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2565 ที่ให้คำแนะนำในการเขียนรายงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. [Internet]. 2017.[Cited 2021 Sep 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595>

2. กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข.
แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต] 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://ops.moph.go.th/public/index.php/policy_plan. 2563.
3. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข. **เอกสารประกอบการตรวจราชการรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2564** [เอกสารอัดสำเนา]. ขอนแก่น: ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น; [ม.ป.ป.].
4. ปรียากร กมฺุทชาติ. **กรณีศึกษาการจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง.** วารสารกฎหมายและสาธารณสุข 2559; 2: 190-208.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. **เอกสารประกอบการรายงานการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัด ขอนแก่นระหว่าง ปี พ.ศ. 2560-2564** [เอกสารอัดสำเนา]. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; [ม.ป.ป.].
6. World Health Organization. **The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD-MM.** World Health Organization; 2012.
7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. **แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังมารดาตายสำหรับประเทศไทย : Thailand Maternal Death Surveillance and Response Guideline.** นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2563.
8. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. **การวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยประจำปี งบประมาณ 2563 (เดือน ตุลาคม 2562 - กันยายน 2563) จากระบบ เฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.** [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2564-F/IDC1_6/opdc_2564_IDC1-6_01.pdf
9. วรวรรณ ถนอมเกียรติ. **การศึกษาปัจจัยสาเหตุและสถานการณ์การตายมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน.** วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา. 2559; 6(2): 10-7.
10. วิระวรรณ ถิ่นยืนยง, กรรณิการ์ สหเมธาพันธ์, จารุวรรณ ธาดาศ. **แนวโน้มและสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาในจังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างปีงบประมาณ 2546-2557.** วารสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2559; 1: 33-42.

11. จันทิยา เนติวิจิตรธรรม, ภัฏญภาภักตร์ คำโสม,
อธิษฐาน สารินทร์, ชนัตต์ มาลัยกนก.
สถานการณ์มารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7.
วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2564;
1: 52-73.
12. World Health Organization. **Trends in
maternal mortality: 1990 to 2015.**
[Internet]. 2015 [Cited 2021 Dec 10].
Available from: [https://apps.who.int/iris/
bitstream/handle/10665/193994/WHO_
RHR_15.23_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193994/WHO_RHR_15.23_eng.pdf?sequence=1)
13. Nour NM. **An introduction to maternal
mortality.** Rev Obstet Gynecol 2008;
1(2): 77-81.
14. Mgawadere F, Unkels R, Kazembe A,
van den Broek N. **Factors associated
with maternal mortality in Malawi:
application of the three delays model.**
BMC Pregnancy Childbirth 2017; 17(1):
219.
15. สุทาร์รัตน์ ชูรส. **การป้องกันการตกเลือด
หลังคลอด: บทบาทพยาบาล.** วารสาร
วิชาการแพทย์เขต 11 2562; 3(1): 181-92.