

การตายของมารดาในประเทศไทย

เนื้อหา : นพ.ยงเจือ เหล่าศิริถาวร

การตายของมารดา

มีผลกระทบต่อการพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal mortality ratio, MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยที่สำคัญของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ประเทศต่างๆ ทั่วโลกต่างก็ตระหนักถึงความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของ สตรีและมารดา

การตายของมารดา เป็นตัวบ่งบอกความเป็นอยู่ของผู้หญิง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ตลอดจนความเพียงพอของสถานบริการด้านสุขภาพ ข้อมูลการตายมารดา และสถานการณ์ จะบอกถึงปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์และการคลอด และชี้ให้เห็นถึงสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงโดยตรง และสภาพเศรษฐกิจและสังคมโดยอ้อม

ในประเทศไทย อัตราส่วนการตายมารดาได้มีการนำไปใช้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักทางด้านสาธารณสุข ในแผนงานสาธารณสุข โดยเฉพาะในส่วนของแผนงานอนามัยแม่และเด็กและได้จัดทำ โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการคลอดทั้งมารดาและทารกตั้งแต่ปี พ.ศ.2533



วิธีการคาดประมาณการตายมีหลายวิธี ได้แก่

1) สถิติชีพ (Vital registration)

ใช้ข้อมูลจากทะเบียนการเกิดและการตาย วิธีนี้อาจได้ข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการลงทะเบียนตายไม่ครอบคลุมและ/หรือ มีความผิดพลาดในการระบุสาเหตุการตาย ทำให้มีการจัดกลุ่มสาเหตุการตายผิดประเภท

2) การสำรวจ (Survey)

การสำรวจมีหลายวิธี แต่วิธีมาตรฐานที่ดีที่สุดในการคาดประมาณการตายของมารดา คือ การสำรวจโดยใช้วิธี RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) ค้นหาและสอบสวน ทาสาเหตุการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั้งหมด ซึ่งเรียกว่า "การสำรวจการตายของกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์" แต่ก็เป็นงานที่ต้องใช้เวลามากและมีความซับซ้อนในการดำเนินการ โดยเฉพาะถ้าทำในระดับกว้าง เช่น ประเทศ

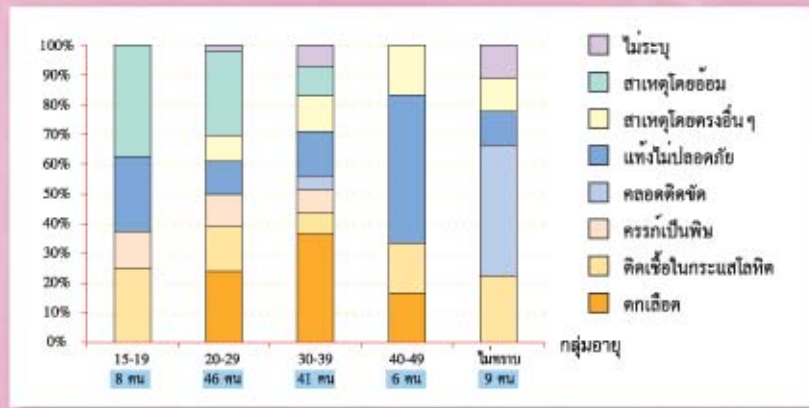
3) วิธีการใหม่ขององค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF)

ปัจจุบัน การรายงานอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยในระดับประเทศมี 2 แหล่งคือ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย สำหรับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้คำนวณข้อมูลจากทะเบียนสถิติชีพ ของสำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ.2537, 2538, 2539, 2540 มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 10.8, 10.7, 16.4, 10.6 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ สำหรับสำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้คำนวณข้อมูลจากรายงานที่ได้จัดทำขึ้นสำหรับโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ. 2533, 2537, 2538, 2539, 2540 มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 36.17, 17.28, 16.8, 15.79 และ 14.2 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ

สาเหตุการตายตามกลุ่มอายุ

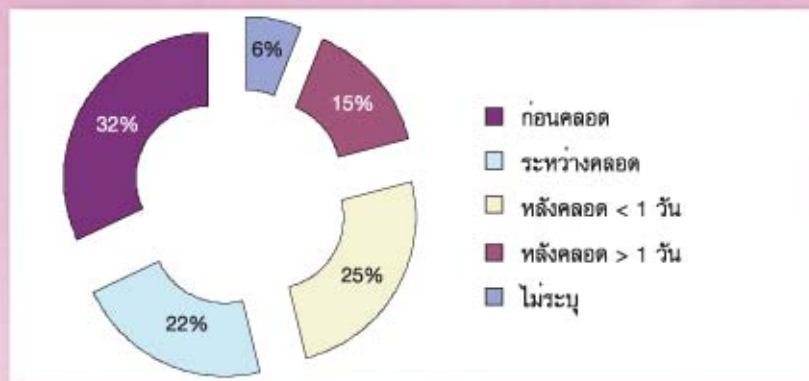
จากการจำแนกสาเหตุการตายตามกลุ่มอายุ

พบว่า มารดาในกลุ่มอายุน้อย (อายุ 15 - 19 ปี) และมารดาในกลุ่มอายุมาก (อายุ 40 - 49 ปี) มีสาเหตุการตายจากการ **แท้งไม่ปลอดภัย** ในสัดส่วนที่สูง ในขณะที่ กลุ่มอายุ 20 - 29 ปี และ กลุ่มอายุ 30 - 39 ปี มีสาเหตุการตายจากการ **ตกเลือด** ในสัดส่วนที่สูง



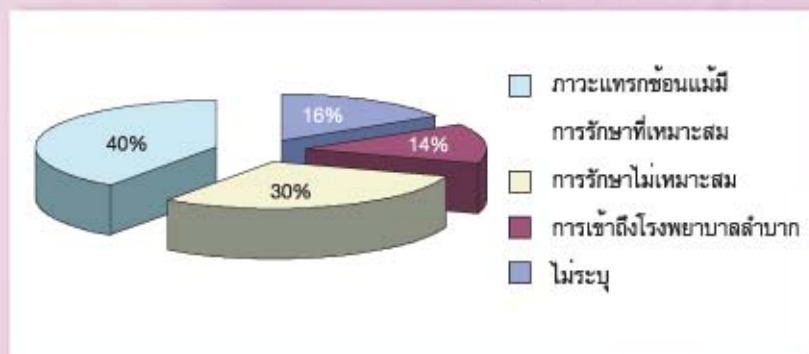
มารดาตาย ส่วนใหญ่จะตายก่อนคลอด คิดเป็น ร้อยละ 32 รองลงมาคือตายภายในหนึ่งวันหลังคลอด ร้อยละ 25 ตายระหว่างคลอด ร้อยละ 22 ตายหลังคลอด มากกว่าหนึ่งวัน ร้อยละ 15 ตามลำดับ และ **ไม่ระบุเวลา** ร้อยละ 6

ระยะเวลาที่ตาย



ปัญหาที่เป็นเหตุให้เสียชีวิต คือ มีภาวะแทรกซ้อน แม้มีการรักษาที่เหมาะสม ร้อยละ 40 รองลงมาคือ มีการรักษาไม่เหมาะสม ร้อยละ 30 การเข้าถึงโรงพยาบาลลำบาก ร้อยละ 14 ตามลำดับ และ **ไม่ระบุ** ร้อยละ 16 แสดงว่า ปัญหาส่วนหนึ่ง อย่างน้อยร้อยละ 45 เกิดจากการรักษาไม่เหมาะสมและการเข้าถึงบริการที่ลำบาก

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ



โดยสรุป การที่พบว่าสถานที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็น โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน อาจเนื่องจากเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับแรกๆ ที่หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ จะไปใช้บริการการคลอดหรือหากมีปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามพบว่า ร้อยละ 20 ของมารดาตายเกิดภายนอกโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงสถานบริการยังคงมีปัญหาอยู่ สำหรับสาเหตุ การตายพบว่า อันดับหนึ่งคือการตกเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการสาเหตุของมารดาตายในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ และเป็น การตายที่ป้องกันได้ จึงแสดงให้เห็นว่าการให้บริการสาธารณสุขยังมีจุดบกพร่องอยู่ นอกจากนี้การแท้งไม่ปลอดภัย ก็พบในสัดส่วนที่สูงในมารดาในกลุ่มอายุน้อยและกลุ่มอายุมาก ซึ่งอาจเกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

อัตราการตาย

ใน 12 จังหวัด ที่ศึกษา ระหว่าง พ.ศ.2538 - 2539 มี จำนวนมารดาตายทั้งหมด 110 ราย เมื่อคำนวณ อัตราส่วนการตายมารดา โดยรวมจากการเชื่อมข้อมูล ทั้งสามระบบ เท่ากับ **52.2 ต่อแสนการเกิดมีชีพ** อย่างไรก็ตาม เมื่อคำนวณจำแนกตามระบบรายงาน จะมีความแตกต่างกันดังนี้

Ramos study	44.1 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
สถิติชีพ	16.3 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
โครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย	13.1 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

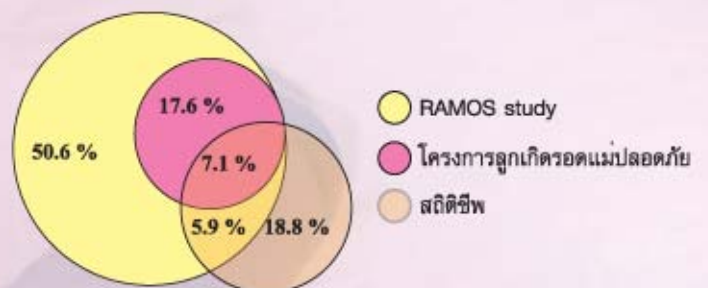
เมื่อศึกษาเปรียบเทียบความครอบคลุม ของระบบรายงานโดยนำรายชื่อนามมารดาตายมาเทียบกัน จะสามารถดำเนินการได้ใน 10 จังหวัดที่มีรายชื่อยกเว้น จังหวัด จันทบุรีและตาก พบว่า RAMOS study มีความครอบคลุมสูงสุดคือ ร้อยละ 81.2 รองลงมาคือ รายงาน สถิติชีพ ร้อยละ 31.8 และโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ร้อยละ 24.7 ตามลำดับ

เปรียบเทียบความครอบคลุมระบบรายงาน

ระบบรายงาน	จำนวนมารดาตาย	ร้อยละความครอบคลุม
Ramos study	69	81.2
สถิติชีพ	27	31.8
โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย	21	24.7

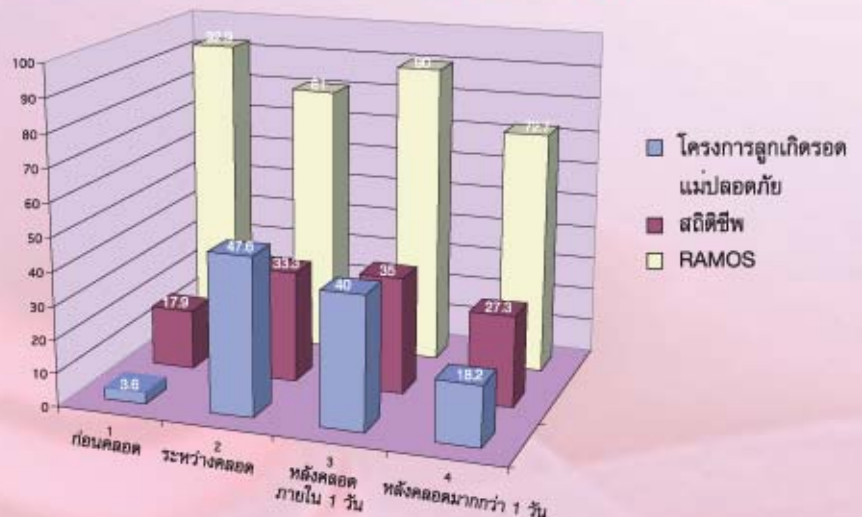
ความสอดคล้องของข้อมูล ทั้งสามระบบ พบว่า RAMOS study ครอบคลุมรายงานจากโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยทั้งหมด ข้อมูลมารดาตายที่มีอยู่ทั้งสามระบบ มีเพียง ร้อยละ 7.1 เท่านั้น และมีข้อมูลมารดาตายที่มีเฉพาะ สถิติชีพ อยู่ร้อยละ 18.8

ความซ้อนกันของข้อมูลมารดาตาย 3 วิธี



เมื่อพิจารณาความครอบคลุม ของการรายงานจำแนกตามระยะการตั้งครรภ์และการคลอดที่เสียชีวิตพบว่า RAMOS study มีความครอบคลุมค่อนข้างดีในทุกระยะ ระหว่างร้อยละ 72.7 - 92.9 โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย มีความครอบคลุมปานกลางในระยะระหว่างคลอดและหลังคลอดภายใน 1 วัน ส่วนสถิติชีพมีความครอบคลุมปานกลาง ในทุกระยะ ระหว่าง ร้อยละ 17.9 - 35.0

ร้อยละความครอบคลุมของข้อมูลมารดาตาย



โดยสรุป สามารถเปรียบเทียบการรายงานมารดาตายทั้งสามระบบ ดังนี้

ระบบรายงาน	มีระบบรายงานอยู่เดิม	ความถูกต้อง	ความครอบคลุม	ความทันเวลา
สถิติชีพ	+	+	ต่ำ	+
โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย	+	++	ต่ำ	++
RAMOS study*	0	+++	ดี	0

ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงระบบการตายมารดามีข้อพิจารณาดังนี้



1. เพื่อใช้อัตราตายมารดาที่ถูกต้องและเชื่อถือได้เป็นภาพเดียวกันของประเทศ
2. รวมจุดเด่นของระบบรายงานปกติเข้ากับการสำรวจแบบ RAMOS
 - a. โบราณบัตร และสถิติชีพ : ครอบคลุมสูงเนื่องจากข้อบังคับตามกฎหมาย, มีเครือข่ายเจ้าหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทยจำนวนมาก
 - b. โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและระบบรายงานอยู่เดิมแล้ว
 - c. RAMOS study: สาเหตุการตายมีความถูกต้องสูงเนื่องจากการสอบสวนการตาย
3. การปรับปรุงระบบต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์และ สำนักส่งเสริมสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุข และสำนักทะเบียนราษฎรจาก กระทรวงมหาดไทย

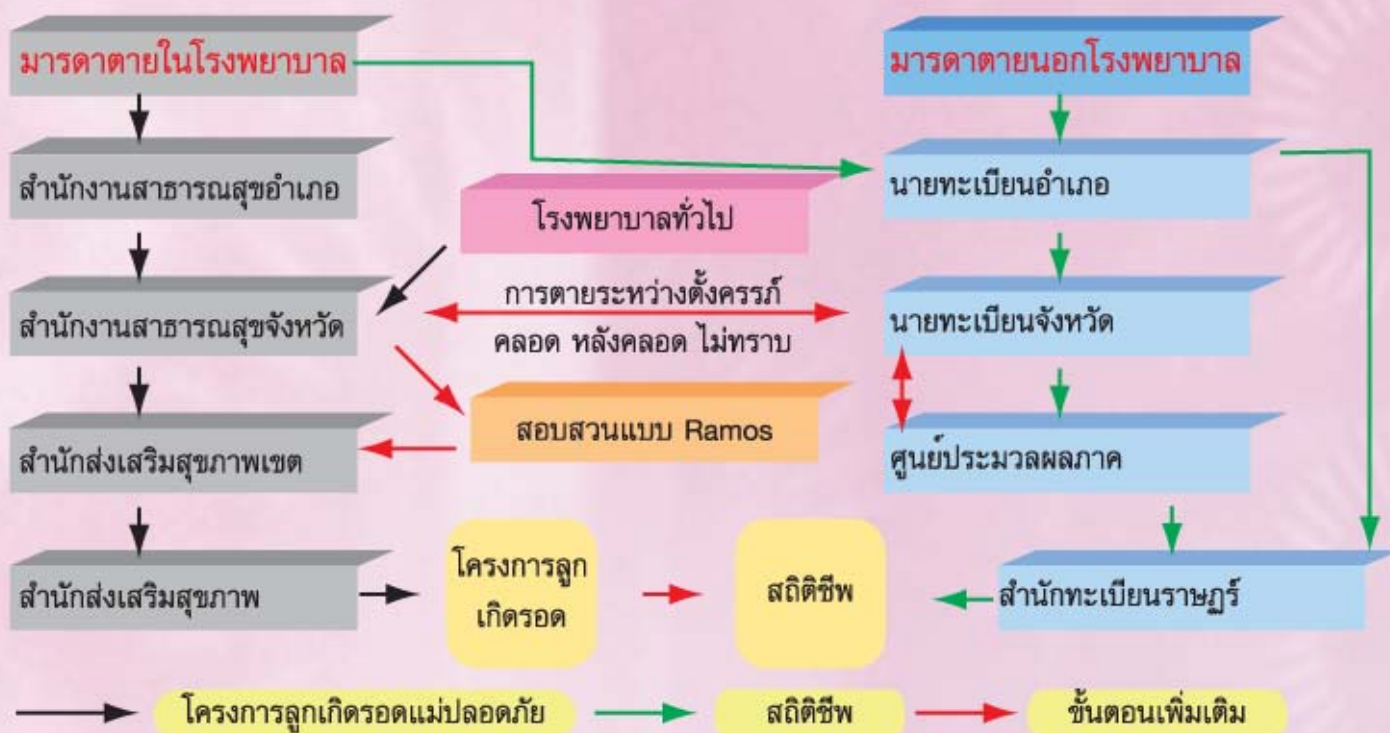
ระบบข้อมูลมารดาตายปัจจุบัน



ข้อเสนอการปรับระบบข้อมูลมารดาตาย

โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยดำเนินการตามเดิม การรายงานการตายของสำนักทะเบียนราษฎรดำเนินการตามเดิม แต่ปรับปรุงใบรับรองการตายและใบแจ้งตาย ให้มีช่องกรอกข้อมูลสำหรับหญิงที่เสียชีวิตในช่วงอายุ 15 - 49 ปี ว่าเสียชีวิต ระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด หรือไม่ แล้วส่งข้อมูลหญิงที่เสียชีวิตในช่วงเวลาดังกล่าว หรือไม่มีข้อมูลการตั้งครรภ์ ไปให้สำนักงานสาธารณสุขระดับจังหวัด จากนั้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการสอบสวนสาเหตุการตายว่าเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์หรือไม่ จากนั้นจึงรายงานมายังสำนักส่งเสริมสุขภาพและจัดทำรายงานการตายของมารดาต่อไป ให้เป็นภาพเดียวกันของประเทศ

ข้อเสนอระบบข้อมูลมารดาตาย



ข้อเสนอต่อการศึกษาวิจัย	ข้อเสนอต้นนโยบาย	ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบข้อมูล
<ol style="list-style-type: none"> 1. ควรศึกษาปัจจัยสาเหตุของการตายมารดาทั้งด้านระบบบริการและการเข้าถึงบริการ 2. ควรศึกษาความแตกต่างของมารดาตายระหว่างพื้นที่และปัจจัยเศรษฐกิจสังคม 3. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแล ระหว่างตั้งครรภ์กับมารดาตาย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ควรปรับปรุงระบบการดูแลระหว่างตั้งครรภ์การคลอดและการดูแลหลังคลอดรวมทั้งการให้คำปรึกษาให้มีประสิทธิภาพ 2. ควรจัดระบบการบริการด้านโลหิตให้ครอบคลุมทั่วถึงและพัฒนาศักยภาพในการดูแลภาวะวิกฤตของการคลอด 3. ควรจัดระบบบริการเชิงรุกและการเฝ้าระวังการตกเลือดและการติดเชื้อในหญิงหลังคลอด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ควรปรับปรุงการให้สาเหตุการตายในมรณบัตร โดยเฉพาะกรณีที่ตายนอกโรงพยาบาลโดยอาศัยวิธีการสอบสวนแบบ Ramos มาช่วย 2. ควรพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลรายงานตามโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยกับระบบมรณบัตร เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของข้อมูล 3. ควรมีระบบตรวจสอบความครอบคลุมและคุณภาพของข้อมูลเป็นระยะ

ชั้น 4 อาคารเอไอเอเอ็นที เลขที่ 70/7
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร 02-5800931-2 Fax 02-5800933 www.hiso.or.th

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)