เอกสารแนบ 3

กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา

เรื่อง ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR)

[redacted]

ศูนย์อนามัยที่ ๙นครราชสีมา	เรื่อง : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR)		หน้า : ๑/๗
จัดทำโดย	นางสาวดวงพร วรแสน	เจ้าหน้าที่	
ผู้ทบทวน	นางชัชฎา ประจุดทะเก	หัวหน้าเจ้าหน้าที่	
ผู้อนุมัติ	นายพีระยุทธ สานุกูล	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	

๑. วัตถุประสงค์ (Objectives)

๑.เพื่อให้มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและนำมาทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลให้มารดาตาย
๒.เพื่อประเมินผลโดยวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปรับปรุงข้อแนะนำอย่างต่อเนื่อง
๓.เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้มารดาตายจากสาเหตุที่สามารถหลีกเลี่ยงได้และเพื่อป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำรอยเดิม
๔.เพื่อให้การรายงานการตายของมารดาทันเวลาและถูกต้อง

๒. ขอบเขต (Scope)

คู่มือระบบเฝ้าระวังการตายของมารดาเขตสุขภาพที่ ๙ ที่คลอบคลุมไปถึงกระบวนการทบทวนสาเหตุการตายของมารดา (MDR) ตามแนวทางของ WHO และการรายงานมารดาตาย

๓. คำจำกัดความ (Definition) (ถ้ามี)

อัตราส่วนการตายของมารดา (MMR) หมายถึง การตายของมารดาตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ๒๔ ชั่วโมง ภายใน ๔๒ วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

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

๔. ผู้รับผิดชอบ

กลุ่มงานพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก

๕. เอกสารอ้างอิง

http://hp.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/hp/ewt_dl_link.php?nid=๒๗๙๓

๖. แผนภูมิการทำงาน

ลำดับ	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	จุดควบคุมความเสี่ยง	ระยะเวลา	ชื่อผู้รับผิดชอบ
๑.	สถานบริการปลายทางที่มีมารดาเสียชีวิต รายงานข้อมูลมารดาตายทางโทรศัพท์ไปยังสสจ. (ผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็ก)	๑.เสียชีวิตก่อนเที่ยงคืน รายงานทันที ๒.เสียชีวิตหลังเที่ยงคืน รายงานเช้า แต่ต้องภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังเสียชีวิตตาม flow chart (Zeo MMR)	๑.๒๔ ชม. ๒. ๑ วัน	รพ.ต้นทางและปลายทางที่มารดาตาย
๒.	สถานบริการประชุมทบทวนสาเหตุมารดาเสียชีวิต(RCA) โดยทบทวนสาเหตุการตายของมารดาตามแนวทางของ WHO ดังนี้ ๑. การระบุการตายและการแจ้งเหตุ ๒. การรวบรวมข้อมูล ๓. การวิเคราะห์ข้อมูล ๔. การออกข้อแนะนำ ๕. การดำเนินการตามข้อแนะนำ และ ๖. การประเมินผลและรวบรวมรายงาน CE-๖๒ ส่งสำนักงานสาธารณสุข	๑.มีคณะทำงาน ผู้รับผิดชอบหลักในการเขียนรายงาน ๒.จัดทำรายงานให้ถูกต้องตามแบบฟอร์มและระยะเวลาที่กำหนด ๓.กรณีมารดาเสียชีวิตระหว่างทางให้ รพ.ต้นทางเป็นผู้สรุปรายงานและกรณีเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินให้ รพ.ปลายทางเป็นผู้สรุปรายงาน และกรณีที่มีกระบวนการดูแลรักษา รพ.ต้นทางต้องร่วมทำการทบทวนCase ด้วย	๗ วัน	รพ.ต้นทางและปลายทางที่มารดาตาย
๓.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมส่งรายงานCE-๖๒ ส่งศูนย์อนามัยที่ ๙	ลงครบทุกรายการที่ทำการจ่ายและลงระบบ GFMIS	๑๐ วัน	สสจ.
๔.	MCH Board จังหวัด จัดทำ Maternal dead case conference and Maternal Death Surveillance and Response, MDSR	๑.มีคณะกรรมการ MDSRระดับจังหวัด ระดับเขต ๒. มีการประชุมMaternal dead case conference ๓. มีการดำเนินงานทางตามแนวทางเพื่อลดการตายมารดาจากสาเหตุ ทางตรง และทางอ้อม ๔.มีการกำกับติดตามประเมินผล	๑๐ วัน	คณะกรรมการ MCHB เขตสุขภาพที่ ๙

๖. แผนภูมิการทำงาน(ต่อ)

ลำดับ	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	จุดควบคุมความเสี่ยง	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๕.	ส่งแบบบันทึกข้อมูลการตายมารดา และรายงานการสอบสวนการตายมารดาแก่สำนักส่งเสริมกรมอนามัย และบันทึกข้อมูลลงระบบระบบ online (SAVE MOM) ให้ครบถ้วน	๑.ดำเนินการให้แล้วเสร็จเวลาที่กำหนด ภายใน ๓๐ วันหลังมารดาเสียชีวิต ๒. ส่งข้อมูล CE-๖๒ แก่ผู้รับผิดชอบงานผ่านไลน์ หรือตามระบบราชการ ๓. ลงข้อมูลการตายมารดาในระบบ online (SAVE MOM) ให้ครบถ้วน	๑วัน	กลุ่มงานพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ ๙
๖.	จัดเก็บสำเนาเอกสารหลักฐานต่างๆ เข้าแฟ้มโดยเรียงตามลำดับเหตุการณ์และสรุปงาน	๑.รวบรวม แฟ้มข้อมูลสถานการณ์รายงานมารดาตาย รายเดือน ทุกวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป ๒. ประสานผู้รับผิดชอบงานโดยตรงแต่ละจังหวัด ๓. รวบรวมไฟล์เอกสารทางอิเล็กทอร์นิกและสำรองข้อมูล	๑วัน รวมระยะเวลา ๓๐ วัน	กลุ่มงานพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ ๙

๗.รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนของการทบทวนสาเหตุการตายของมารดา ๖ ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ ๑ การระบุการตาย

เมื่อเกิดการตายของมารดาจากสถานพยาบาลทุกแห่งของรัฐ เอกชน คลินิก หรือนอกสถานพยาบาล ผู้รับผิดชอบเข้าตรวจสอบข้อมูลเบื้อต้น โดยใช้เกณฑ์ที่กำหนดตามคำนิยาม เพื่อระบุว่าเป็น มารดาตาย และแจ้งเหตุไปยังศูนย์เฝ้าระวังมารดาตาย (ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา) แหล่งข้อมูลได้มาจากเวชระเบียนผู้ป่วย ทะเบียนการตาย ทะเบียนห้องฉุกเฉิน หรือข่าวสารทางสื่อสังคม

ขั้นตอนที่ ๒ การรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น เวชระเบียน, บันทึกการผ่าตัด, บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก, บันทึกการคลอดจากห้องคลอด, รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ผลการตรวจทางรังสีรวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ทำการรักษาพยาบาลและผู้อยู่ในเหตุการณ์ จากนั้นรวบรวมข้อมูลทั้งหมดนำมาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และจำแนกข้อมูล ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา เศรษฐฐานะ

๑. ระยะก่อนคลอดได้แก่ ประวัติทางสูติกรรม การฝากครรภ์ โรคทางอายุรกรรม

๒. ระยะคลอด ได้แก่ วันเวลาที่เริ่มเจ็บครรภ์ เวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตก เวลาคลอด วิธีการคลอด ผู้ทำคลอด .

๓. ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด สภาทารกขณะคลอดและ Apgar Score

๔. ระยะหลังคลอด ได้แก่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

คำแนะนำ ควรดำเนินการรวบรวมให้เสร็จภายใน ๑ สัปดาห์ หลังจากเกิดการตาย

ขั้นตอนที่ ๓ การวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาวิเคราะห์ อภิปราย โดยคณะทำงานทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อหาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลให้มารดาตาย แล้วนำไปปรับเปลี่ยนเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดการเหตุการณ์ซ้ำรอยเดิม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจเกิดจาก บุคลาการ วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ระบบการทำงาน การบริหารจัดการ หรือสภาพแวดล้อม วิธีการค้นหาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการ อาจทำได้หลายวิธี เช่น

๑.Root Cause Analysis: fishbone diagram, ๕ Steps, ๕ Why

๒.Delay approach: decision, reaching and receiving

๓.Level approach: Patient- System Model

ขั้นตอนที่ ๔ การออกข้อแนะนำ

หลังจากทบทวนและวิเคราะห์หาสาเหตุการตายของมารดาเสร็จสิ้นแล้ว จะต้องสรุปและค้นพบปัจจัยที่ส่งผลต่อการตายของมารดา นำเอาปัจจัยเหล่านั้นมาปรับเปลี่ยนข้อกำหนดเป็นข้อแนะนำ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ โดยข้อแนะนำนี้ อาจเชื่อมโยงไปยังชุมชน หรือสถานพยาบาลใกล้เคียง สื่อสารให้แก่ ผู้บริหาร และผู้กำหนดนโยบาย มีการออกรายงานเป็นระยะ การออกข้อแนะนำควรมีองค์ประกอบ SMART ดังนี้

Specific	สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด
Measurable	สามารถตรวจสอบและวัดผลได้
Action-oriented	อธิบายข้อปฏิบัติเป็นขั้นตอนชัดเจน
Realistic	สามารถทำได้, มีความเป็นไปได้ที่จะทำสำเร็จ
Time-Bound	มีการกำหนดระยะเวลาชัดเจน

ขั้นตอนที่ ๕ การดำเนินการตามข้อแนะนำ

เป็นการนำข้อแนะนำที่ปรับเปลี่ยนใหม่ไปใช้ มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะเป็นผู้ปฏิบัติตามข้อแนะนำ กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ บางครั้งอาจต้องมีการบริหารจัดการทรัพยากร (คน เงิน ของ) ดังนั้นผู้บริหารระดับสูงสุดของหน่วยงาน ควรเป็นผู้สั่งการและมีการกำหนดผู้รายงานผลเป็นระยะๆ

ขั้นตอนที่ ๖ การประเมินผล

การกำกับติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนตามข้อแนะนำ หากไม่บรรลุเป้าหมายก็นำมาวิเคราะห์ gap ตามกระบวนการคุณภาพ PDCA เป็นระยะๆ

การสรุปสาเหตุการตายของมารดา

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการตายของหญิงในระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ดังนี้

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

Maternal deaths หมายถึง การตายของหญิงที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์จนถึงภายใน 42 วันหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์หรือตำแหน่งของการตั้งครรภ์ จากสาเหตุใดๆ ที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์หรือการดูแลรักษาในขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่รวมที่เกิดจากอุบัติเหตุ Maternal deaths ยังจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม

1. Direct maternal deaths หมายถึง การตายที่มีสาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม หรือจากการดูแลรักษาในขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดที่ไม่เหมาะสม
2. Indirect maternal deaths หมายถึง การตายที่มีสาเหตุจากโรคหรือภาวะที่มีมาก่อนตั้งครรภ์ หรือโรคซึ่งเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ แต่มิใช่โรคทางสูติกรรม หรือโรคที่เป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในขณะตั้งครรภ์

Coincidental deaths หมายถึง การตายจากโรคหรือสาเหตุอื่นๆ ที่มิได้สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ ไม่ถือว่าเป็น Maternal deaths

Late maternal deaths หมายถึง การตายของหญิงจากเหตุทางตรงหรือทางอ้อม ที่เกิดขึ้นภายหลัง 42 วันนับจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์ แต่ไม่เกิน 1 ปี

การจำแนกสาเหตุการตายมารดา

ตาม ICD-MM ได้แบ่งกลุ่มโรคออกเป็น ๙ กลุ่มโรค ในแต่ละกลุ่มจะมีรหัสโรคที่สอดคล้องตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-๑๐) ดังนี้

กลุ่มที่ 1	การแท้ง ตั้งครรภ์นอกมดลูก รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
กลุ่มที่ 2	ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
กลุ่มที่ 3	ภาวะตกเลือดก่อนคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด
กลุ่มที่ 4	โรคติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์
กลุ่มที่ 5	โรคอื่นๆ ที่ไม่เข้ากลุ่มที่ 1- 4
กลุ่มที่ 6	ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดซึ่งเป็นผลจากการดูแลรักษา
กลุ่มที่ 7	โรคอื่นๆ ที่มิใช่โรคทางสูติกรรม
กลุ่มที่ 8	โรคที่ไม่ทราบสาเหตุหรือไม่ระบุสาเหตุ
กลุ่มที่ 9	โรคที่มิได้มีสาเหตุหรือสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์

ตารางการแบ่งกลุ่มสาเหตุการตายของมารดาตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดตาม ICD-MM

Group name	Potential causes of death
1. Pregnancies with abortive outcome	☐ Ectopic pregnancy ☐ Hydatidiform mole ☐ Failed attempted abortion ☐ 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	☐ Pregnancy induced hypertension ☐ Eclampsia ☐ Gestational hypertension
3. Obstetric haemorrhage	☐ Placenta adherens ☐ Placenta previa ☐ Abruptio placentae ☐ Antepartum hemorrhage ☐ Intrapartum hemorrhage ☐ Postpartum hemorrhage (Retained placenta, Uterine atony, Perineal laceration) ☐ Obstetric trauma (Rupture of uterus, Laceration of cervix, High vaginal laceration)
4. Pregnancy-related infection	☐ Chorioamnionitis ☐ Puerperal infection ☐ Infections of genitourinary trad
5. Other obstetric complications	☐ Venous complications : DVT ☐ Liver disorders : Acute fatty liver ☐ Postpartum cardiomyopathy ☐ Intentional self - harm ☐ Obstetric embolism (Amniotic fluid embolism, Pulmonary embolism)
6. Unanticipated complications of management	☐ Complications of anesthesia (Aspiration pneumonitis, Brain anoxia, High spinal block, Failed or difficult intubation) ☐ Complications of surgery (Unintentional cut, Puncture, Perforation, Foreign body accidentally left) ☐ Complications of medical care(Mismatched blood used in transfusion, Excessive amount of fluid transfusion, Failure in dosage, Anaphylaxis due to drug, Non administration of necessary drug, substance)
7. Non-obstetric complications	☐ Heart vascular diseases ☐ Cerebral hemorrhage ☐ Pneumonia ☐ Neoplasm ☐ AIDS ☐ Autoimmune diseases ☐ Malignancy ☐ Endocrine diseases ☐ Infections that are not a direct result of pregnancy
8. Unknown/undetermined	☐ The underlying cause is unknown or was not determined
9. Coincidental causes	☐ External causes except intentional self-harm (Accidental, Assault) ☐ Diseases not aggravated by the pregnancy

หมายเหตุ : 1-6 Direct cause
7 Indirect cause

ขั้นตอนการปฏิบัติงานเฝ้าระวังมารดาตาย

เมื่อเกิดมารดาตายให้ดำเนินการดังนี้

๑.โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย

- แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด
- ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงและแก้ปัญหาเบื้องต้น

๒.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์อนามัยที่ ๙

๓. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด

- เก็บรวบรมข้อมูลมารดาตายทั้งหมด เพื่อใช้ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดา

๔. ศูนย์อนามัยที่ ๙

- ส่งรายงานเบื้องต้นผ่านระบบออนไลน์ (Save Mom) ให้แก่กรมอนามัย ภายใน ๒๔ ชั่วโมง
- ประสานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลการตายของมารดา
- จัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดา
- ส่งแบบฟอร์มรายงานการตายของมารดา CE-๖๒ แก่กรมอนามัย

๕. ศูนย์อนามัยที่ ๙ รวบรวมข้อมูลและคืนข้อมูลให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พร้อมติดตามการ ดำเนินงานตามข้อแนะนำปรับเปลี่ยนใหม่เป็นระยะ

๘.แบบฟอร์มที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

- ลงข้อมูลการตายมารดาในระบบ online (SAVE MOM)
- แบบฟอร์มรายงานมารดาตาย (CE-๖๒)

๙.ภาคผนวก

-แนวทางการดำเนินงานระบบการเฝ้าระวังมารดาสำหรับประเทศไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

เอกสารแนบ 3

ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยง
กลุ่มงาน พัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา
ประจำปี 2565

ภารกิจตามกฎหมาย /แผนงาน / ภารกิจอื่น ๆ ที่สำคัญ / ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยง	การประเมินความเสี่ยง				ลำดับความเสี่ยง
				โอกาส	ผลกระทบ	ระดับความเสี่ยง		
						คะแนน	ระดับ	
๑. สถานบริการปลายทาง ที่มีมารดาเสียชีวิตรายงานข้อมูลมารดาตายทางโทรศัพท์ไปยังสสจ. (ผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็ก) ตาม flow chart Zero MMR	เพื่อให้คณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัดทราบและการดำเนินตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงและแก้ไขปัญหาเบื้องต้น	ความเข้าใจDefiniion ของการรายงานCase ไม่ตรงกัน	ไม่รายงานการตายมารดา	๓	๔	๑๒	สูง	๒
๒.สถานบริการประชุมทบทวนสาเหตุมารดาเสียชีวิต(RCA) และรวบรวมรายงาน CE-62 ส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	เพื่อให้คณะกรรมการMCHBoard ระดับจังหวัดดำเนินการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา	ไม่ทราบผู้รับผิดชอบหลักในการทบทวน Caseระหว่างรพ.ต้นทาง ปลายทาง	Conference ไม่ทัน	๕	๕	๒๕	สูงมาก	๑
๓.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมส่งรายงาน CE-62 ส่งศูนย์อนามัยที่ 9	เพื่อดำเนินการรายงานมารดาตายตามระบบ	ข้อมูลรายงานการตายมารดาไม่สมบูรณ์	ส่งข้อมูลการตายมารดาไม่ครบ	๒	๓	๖	ปานกลาง	๕
๔. MCH Board จังหวัดจัดทำ Maternal dead case conference	เพื่อดำเนินการรวบรวม สาเหตุการตายของมารดาและหามาตรการป้องกันร่วมกันในการเฝ้าระวังมารดาตายพร้อมทั้งเผยแพร่ข้อมูลหรือองค์ความรู้ที่ถูกต้องให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับความรู้	ไม่ดำเนินการตาม Timeline ที่กำหนด	ดำเนินการไม่ทันตามเวลาที่กำหนด	๔	๓	๑๒	สูง	๔
๕.ส่งแบบบันทึกข้อมูลการตายมารดาและรายงานการสอบสวนการตายมารดาแก่กรมอนามัยและบันทึกข้อมูลลงระบบ DOH Dashboard	เพื่อรายงานการตายมารดาตามระบบ	ข้อมูลรายงานการตายมารดาไม่สมบูรณ์	รายงานข้อมูลไม่ทันตามระยะเวลาที่กำหนด	๓	๔	๑๖	สูงมาก	๒
๕. จัดเก็บสำเนาเอกสารหลักฐานต่างๆ เข้าแฟ้มโดยเรียงตามลำดับเหตุการณ์และสรุปงาน	เพื่อรวบรวมข้อมูลและรายงานตามตัวชี้วัดที่ ๑.๑	การจัดเก็บเอกสารไม่เป็นระบบ	เอกสารสูญหาย	๑	๒	๒	ต่ำ	๖

เอกสารแนบ 3

ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยง

เกณฑ์การประเมินระดับโอกาสของความถี่ที่จะเกิดขึ้น

๑. ปัจจัยเสี่ยง

โอกาสที่จะเกิดขึ้น	ระดับคะแนน	โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง
เกินร้อยละ ๕ ต่อปี	๕	สูงมาก
ไม่เกินร้อยละ ๕ ต่อปี	๔	สูง
ร้อยละ ๓ - ๔ ต่อปี	๓	ปานกลาง
ร้อยละ ๒ ต่อปี	๒	น้อย
ร้อยละ ๑ ต่อปี	๑	น้อยมาก

ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยง

เกณฑ์การประเมินระดับผลกระทบของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น

๑. ปัจจัยเสี่ยง

ร้อยละของผลกระทบที่จะเกิดขึ้น	ระดับคะแนน	โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง
กระทบกับหน่วยงานทั้งในและนอกองค์กร	๕	สูงมาก
กระทบกับหน่วยงานภายในองค์กรตั้งแต่ร้อยละ ๗๕ ขึ้นไป	๔	สูง
กระทบกับหน่วยงานภายในองค์กรร้อยละ ๕๐ – ๗๕	๓	ปานกลาง
กระทบกับหน่วยงานภายในองค์กรร้อยละ ๒๕ – ๔๙	๒	น้อย
กระทบกับหน่วยงานภายในองค์กรน้อยกว่าร้อยละ ๒๕	๑	น้อยมาก

เอกสารแนบ 3

แบบสอบถามระบบการสอบสวนการตายของมารดาเขตสุขภาพที่ ๙
กลุ่มงาน พัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา

ลำดับที่	คำถาม	มี / ใช่	ไม่มี / ไม่ใช่	คำอธิบาย / คำตอบ
๑	**การรายงานและบันทึกรายงานข้อมูล**			
	๑.๑ รพ.ที่มีมารดาตายโทรรายงาน สสจ.	✓		
	๑.๒ รพ.ที่มีมารดาตายประชุมปรึกษาหาสาเหตุ	✓		
	๑.๓ รพ.ที่มีมารดาตายส่งรายงาน CE ๖๒ ไปที่ สสจ.	✓		
	๑.๔ สสจ. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล	✓		
๒	**การส่งรายงานข้อมูล**			
	๒.๑ สสจ. ส่งรายงานCE ๖๒ มาให้ ศอ.๙ นครราชสีมา	✓		
	๒.๒ ศอ.๙ นครราชสีมาทวนสอบความถูกต้องของรายงาน	✓		
	๒.๓ ศอ.๙ นครราชสีมา ส่งคืนรายงานเพื่อแก้ไขข้อมูล	✓		
๓	**การใช้งานในระบบ**			
	๓.๑ ผู้รับผิดชอบงานศูนย์อนามัยที่ ๙ คีย์ข้อมูลลงในระบบ	✓		
	รายงานการตายของมารดา ในโปรแกรมของกรมอนามัย			
	๓.๒ แจ้งให้ผู้รับผิดชอบงานของกรมอนามัยทราบเพื่อทวน	✓		
	สอบของข้อมูล			
	๓.๓ ผู้รับผิดชอบงานศูนย์อนามัยที่ ๙ แก้ไขข้อมูล(ถ้ามี)	✓		
๔	ผู้รับผิดชอบงานศูนย์อนามัยที่ ๙ จัดเก็บข้อมูลรายงาน	✓		

เอกสารแนบ 3