

## งานนำเสนอใน

การประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 12 ประจำปี 2562

“ Disruptive Innovation toward smart citizens by Health Literacy”

“พลิกโฉมนวัตกรรม สร้างความรอบรู้สู่ประชาชนสุขภาพดี”

ระหว่างวันที่ 26 - 28 มิถุนายน 2562 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

1.ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดการเสียชีวิตของมารดาในเขตภาคอีสานตอนล่าง

(ภาษาอังกฤษ) Model for solving the problem of maternal mortality in the lower northeastern region.

2.ชื่อผู้วิจัย หรือ คณะผู้วิจัย มลุลี แสนใจ ,วิภาวดี พิพัฒน์กุล, นกัซชล รอดเที่ยง ,อุมาพร สังข์ฤกษ์  
ชื่อหน่วยงาน ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี มือถือ 0918297457

3.ชื่อผู้นำเสนอผลงาน มลุลี แสนใจ

ชื่อหน่วยงาน ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี มือถือ 0918297457

4.บทคัดย่อ (เนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด (300 ตัวอักษร) ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์วัตถุประสงค์และวิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะโดยมีคำสำคัญ (keywords) วางไว้ท้ายบทคัดย่อ)

**บทคัดย่อ :** การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตมารดาในเขตภาคอีสานตอนล่าง ระยะทำการศึกษาเวลา 2 ปี (ปีงบประมาณ 2560-2561) วิธีเก็บข้อมูลทั้งการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus group) แบบสอบถาม และข้อมูลจากเอกสาร (Secondary data) คัดเลือกพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายตามขอบเขตและวัตถุประสงค์การวิจัย ผลการศึกษาพบดังนี้ 1) ผลการวิเคราะห์แบบสอสนมารดาที่เสียชีวิตทุกรายในปีงบประมาณ 2558 พบว่า ส่วนใหญ่มารดาเสียชีวิตจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) ร้อยละ 54.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรขาดทักษะและการดูแลมีความล่าช้า การขับเคลื่อนนโยบายระบบการส่งต่อฯ การจัดการความเสี่ยงและการสื่อสารความเสี่ยงขาดประสิทธิภาพ ผู้รับบริการไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงและไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้น 2) ผลการศึกษาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลที่ไม่มีแม่ตายตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป พบปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายการลดปัญหาการเสียชีวิตของมารดาเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาล คณะกรรมการ MCH board มีการประชุมอย่างต่อเนื่อง มีระบบการสื่อสารให้กับบุคลากรภายในเครือข่ายในหลายรูปแบบทั้งการประชุม/นิเทศ/ช่องทาง Line และสื่อสารโดยใช้สัญลักษณ์ มีแนวทางคัดกรองความเสี่ยง/แบ่งระดับความเสี่ยงเพื่อจำแนกการฝากครรภ์ตามระดับความเสี่ยง มีระบบส่งต่อข้อมูลเสี่ยงจากแผนกฝากครรภ์ให้กับห้องคลอดเพื่อเตรียมวางแผนการคลอด มีการประเมินความครบถ้วนของการให้บริการโดยหัวหน้างาน ใช้ถุงตรวจเลือดในผู้คลอดทุกรายเพื่อ Early detect/Early treatment และหญิงคลอดที่มีความเสี่ยงจะได้รับการทำคลอดโดยแพทย์ทุกราย มีระบบการส่งต่อ (fast track) ที่ชัดเจน บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดมีการกำหนดสมรรถนะและประเมินที่จำเป็นทุกปี และที่สำคัญมีการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องโดยการอบรมและฝึกทักษะการทำคลอดที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดทุกปี ในส่วน

ของการทำงานเชื่อมกับชุมชนโรงพยาบาลใช้เครือข่าย อสม./แม่ฮัก ในการช่วยค้นหาหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้มาฝากครรภ์เร็วและค้นหาคู่สมรสเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตรอีกด้วย 3) ผลการระดมสมองผู้เชี่ยวชาญ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จสู่การพัฒนารูปแบบเพื่อลดมารดาเสียชีวิต สรุปได้รูปแบบในชื่อ “PMMR-Health Model” ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (P):Policy มีการกำหนดนโยบายและกลไกการขับเคลื่อนนโยบายอนามัยแม่และเด็กที่เข้มแข็ง (M):Man บุคลากรมีสมรรถนะและมีระบบการประเมินสมรรถนะในงานอนามัยแม่และเด็ก (M):Material การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยา/เลือดให้มีพร้อมใช้ได้ในทุกกรณี (R):Risk management มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน/มีระบบจัดการภาวะเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ (Health): Health communication การสื่อสารความรู้/ความเสี่ยงให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว 4) ผลการประเมินการใช้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตมารดาในพื้นที่ศึกษาและพื้นที่ปกติ พบว่า ในปี 2561 พื้นที่ศึกษา มีมารดาเสียชีวิต จำนวน 1 ราย (5.2:100,000การเกิดมีชีพ) ซึ่งลดลงจากปี 2560 พื้นที่ปกติ มีมารดาเสียชีวิต จำนวน 5 ราย (113.3:100,000 การเกิดมีชีพ) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี 2560 ในส่วนของปัญหาที่พบจากการดำเนินงานตามรูปแบบฯ พบว่า โรงพยาบาลบางแห่งยังไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนตามแนวทางในรูปแบบฯ อาทิเช่น (P):Policy โรงพยาบาลไม่ได้มีเทศาภิบาล รพ.สต. เนื่องจากไม่มีเวลา ส่งผลให้การสื่อสารนโยบายตลอดจนแนวปฏิบัติต่างๆจากโรงพยาบาลลงสู่รพ.สต.ไม่ครอบคลุม (M):Man โรงพยาบาลบางแห่งยังใช้อัตรากำลังร่วมกันระหว่างห้องคลอดและแผนกฉุกเฉิน การกำหนดสมรรถนะและประเมินสมรรถนะในบุคลากรที่ทำคลอดไม่ครอบคลุมทุกคน (M):Material โรงพยาบาลชุมชนไม่มีการสำรองเลือด เมื่อเกิดเหตุจำเป็นหรือฉุกเฉิน จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งใช้เวลาส่งค่อนข้างนานมากกว่าครึ่งชั่วโมงซึ่งเป็นถึงความเสี่ยงสำหรับผู้มาคลอดที่มีเสี่ยงสูง (R):Risk management ส่วนใหญ่เป็นปัญหาในกลุ่มที่ฝากครรภ์ต่างจังหวัดแล้วกลับมาคลอดที่บ้าน ฝากครรภ์จากคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนที่คัดกรองความเสี่ยงไม่ครบถ้วน หรือผลเลือดไม่ครบและไม่สามารถประสานขอผลเลือดได้ โรงพยาบาลที่ทำคลอดต้องซักประวัติความเสี่ยงและเจาะเลือดใหม่ ทำให้ผู้คลอดได้รับการวินิจฉัยช้าลงหรือจัดการความเสี่ยงขาดประสิทธิภาพโดยเฉพาะในรายที่มาคลอดฉุกเฉิน (Health):Health communication มีการสื่อสารความรู้ให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวผ่านช่องทางต่างๆ แต่ยังขาดการติดตามประเมินผล และผลการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้าและฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ส่งผลให้ไม่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์/ไม่ได้การคัดกรองความเสี่ยงหรือจัดการปัญหาความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบการเสียชีวิตของมารดาจากสาเหตุทางอ้อม โดยเฉพาะโรคทางอายุรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นในระดับประเทศควรมีมาตรการทางกฎหมายตลอดจนระบบการลงบันทึกข้อมูลฝากครรภ์แบบออนไลน์ที่สามารถลิงค์ข้อมูล ในทุกหน่วยบริการ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อประโยชน์ในการติดตามและจัดการความเสี่ยงไม่ว่าจะไปฝากครรภ์ที่สถานบริการใด ส่วนในระดับจังหวัด โดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ควรมีการจัดตั้งศูนย์ผู้เชี่ยวชาญแบบสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางระบบให้หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมครอบคลุมทุกราย ตลอดจนประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ผู้นำชุมชนเพื่อจัดหายานพาหนะ อำนวยความสะดวกในการรับ-ส่ง หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่อยู่ห่างไกล ไปรับบริการในโรงพยาบาลแม่ข่ายตามความเหมาะสมกับบริบท เช่น รถ 1669 เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ขยายผลการดำเนินงานตามรูปแบบของ PMMR-Health Model ในทุกโรงพยาบาลทั้งสังกัดภาครัฐและเอกชน ในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อเปรียบเทียบการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ได้จริงในโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกัน

คำสำคัญ (keywords) : รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดการเสียชีวิตมารดา



## 5. บทนำและวัตถุประสงค์ (กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาวิจัย วัตถุประสงค์ของการศึกษา/วิจัย อย่างรัดกุม)

### บทนำ

สถานการณ์การป่วยและการเสียชีวิตมารดา เป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพประชากรและการพัฒนาประเทศ

ที่สำคัญและเป็นสากล การลดจำนวนของการเสียชีวิตมารดาทั่วโลก (Maternal Mortality) จึงเป็นเป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals - MDGs) คือการพัฒนาสุขภาพมารดา (MDG5 : Improve Maternal Health) องค์การอนามัยโลก พบว่า ในแต่ละวันมีหญิงประมาณ 800 คนทั่วโลกเสียชีวิต ซึ่งมีสาเหตุมาจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ส่วนใหญ่เกิดในแหล่งที่มีทรัพยากรจำกัดและจากสาเหตุที่ป้องกันได้<sup>(1)</sup> สาเหตุของการเสียชีวิตมารดา เกิดได้จากทั้งที่เป็นผลโดยตรงจากภาวะสูติศาสตร์ (Direct Obstetrics) เช่น การตกเลือด (Haemorrhage) การติดเชื้อ (Sepsis) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Eclampsia) การคลอดติดขัด (Obstructed labor) การแท้งที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe abortion) และภาวะแทรกซ้อนจากการทำให้สลบหรือชา (Anesthesia) หรืออาจเป็นผลจากสาเหตุโดยอ้อม (Indirect Obstetrics) ได้แก่ ผลจากภาวะหรือโรคที่เกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์หรือพัฒนาเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ แต่ไม่ได้เป็นสาเหตุโดยตรงจากภาวะสูติศาสตร์ เช่น โรคหัวใจ โรคเอดส์ โรคเบาหวาน โรคไต เนื้องอก SLE เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบทางกายภาพที่รุนแรงขึ้นเมื่อมีการตั้งครรภ์<sup>(2,3)</sup> สถานการณ์แนวโน้มสาเหตุการเสียชีวิตมารดาทั่วโลก พบว่าระหว่างปี ค.ศ.2003-2009 ร้อยละ 73 ของจำนวนเสียชีวิตมารดาทั้งหมดเกิดจากสาเหตุโดยตรง (Direct Obstetrics) และ ร้อยละ 27 เสียชีวิตจากสาเหตุโดยอ้อม โดยพบข้อมูลว่าการตกเลือดหลังคลอด (Haemorrhage) เป็นสาเหตุหลัก พบสูงถึงร้อยละ 27 ตามมาด้วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive disorder) พบ ร้อยละ 14<sup>(4)</sup>

ในประเทศไทย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้รายงานข้อมูลอนามัยแม่และเด็ก ประจำปี 2544 – 2546 ชี้อัตราส่วนการเสียชีวิตมารดาลดลง โดยในปี 2544 พบอัตรา 23.79 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ปี 2545 ลดลงเป็น 22.13 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และในปี 2546 ลดลงเหลือ 20.63 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งพบว่าภาคเหนือมีอัตราส่วนการเสียชีวิตมารดาสูงกว่าทุกภาคแต่มีแนวโน้มลดลงจาก 47.95 เป็น 36.76 และ 32.78 ต่อแสนการเกิดมีชีพตามลำดับ ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย เมื่อพิจารณาสาเหตุมารดาเสียชีวิต พบว่า ปี 2544-2546 เกิดจากการตกเลือดสูงเป็นอันดับแรกมาโดยตลอด คือ ร้อยละ 42.11, 33.96 และ 27.78 รองลงมาได้แก่ พิษแห่งครรภ์ และน้ำคร่ำอุดตันในเส้นเลือด<sup>(5,6)</sup> อย่างไรก็ตามแม้จะล่วงเลยมา กว่า 10 ปี ปัญหาการเสียชีวิตมารดาของประเทศไทยก็ยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดและเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการ ทั้งนี้ข้อมูลโดยกรมอนามัยพบว่าข้อมูลอัตราส่วนการเสียชีวิตมารดาในปี 2557-2559 เท่ากับ 23.3, 24.6 และ 26.8 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ) ตามลำดับ ซึ่งเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ<sup>(7)</sup> ในพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างยังคงพบอัตราส่วนการเสียชีวิตมารดา สูงกว่าเป้าหมาย เช่นเดียวกับข้อมูลระดับประเทศ ในปีงบประมาณ 2556-2558 พบอัตราส่วนการเสียชีวิตมารดา เท่ากับ 20.3 , 23.1 และ 28.2 ต่อแสนการเกิดมีชีพ สาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง และ ตกเลือดหลังคลอด<sup>(8)</sup>

สถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งตั้งอยู่ในเขตภาคอีสานตอนล่าง ได้ดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ภายใต้นโยบายลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยของกรมอนามัย มีการพัฒนาโรงพยาบาลทุกแห่งให้ผ่านมาตรฐาน “โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก” มีนโยบายให้การขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กผ่านคณะกรรมการ

อนามัยแม่และเด็กทั้งระดับเขตและจังหวัด มีการพัฒนารูปแบบ/แนวทางเพื่อลดการเสียชีวิตของมารดาจากการตกเลือดและความดันโลหิตสูง (PPH/PIH) มีการ Ranking การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กระดับเขต รวมไปถึงมีการจัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในเขตอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด แต่ปัญหาการเสียชีวิตมารดา ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ 10 แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานตามแนวทางดังกล่าวข้างต้นยังปัญหาหรือมีจุดอ่อนในแต่ละขั้นตอนฯ ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการของศูนย์อนามัยที่ 10 ซึ่งเป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกรมอนามัย มีบทบาทในการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมในแต่ละบริบทของพื้นที่ ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในการวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกรวมไปกับการพัฒนารูปแบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตมารดา โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการฯ ขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตของมารดา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตมารดาในเขตภาคอีสานตอนล่าง
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตมารดา

### 6. วิธีการศึกษา (อธิบายรูปแบบการศึกษา/กำหนดกลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกตัวอย่าง/วิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้)

**รูปแบบการวิจัย :** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วิธีการเก็บข้อมูลมีทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus group) แบบสอบถามและข้อมูลจากเอกสาร (Secondary data) คัดเลือกพื้นที่ศึกษาและกลุ่มเป้าหมายตามขอบขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ดังนี้

**พื้นที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง :** การกำหนดพื้นที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Key informant) ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของมารดา เป็นการศึกษาข้อมูลการเสียชีวิตของมารดา จากแบบรายงานการตายของมารดา (n1-Plus) โดยพิจารณาเลือกจากปีงบประมาณที่มีจำนวนมารดาเสียชีวิตมากที่สุด คือ ปีงบประมาณ 2558 มีจำนวนมารดาเสียชีวิตทั้งหมด 11 ราย ซึ่งเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

2. การสร้างรูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตของมารดา มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 1 เพื่อจัดทำกรอบการศึกษาการจัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ในโรงพยาบาลที่ไม่มีการเสียชีวิตมารดา โดยใช้ข้อมูลนำเข้า คือ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิตมารดา ในปีงบประมาณ 2558 (ในข้อ 1) รวมไปถึงวิเคราะห์หาความเชื่อมโยงกับปัจจัยผู้ให้บริการปัจจัยระบบบริการอนามัยแม่และเด็กและปัจจัยผู้รับบริการโดยใช้หลักการ 7S ของ McKinsey Framework<sup>(9)</sup> มาใช้ในการกำหนดแนวทางการจัดทำรูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตมารดา (ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยสูติแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นตัวแทน จากคณะกรรมการ Service plan สาขาสูติศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 10 และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 20 คน )

2.2 ศึกษาการจัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ในโรงพยาบาลที่ไม่มีการเสียชีวิตต่อเนื่องกัน 3 ปี พื้นที่ศึกษา คือโรงพยาบาลที่ไม่มีการเสียชีวิตมารดาต่อเนื่องกันนาน 3 ปี ขึ้นไป จากทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร จังหวัดละ 2 แห่ง รวม 10 แห่ง ซึ่งเป็น



สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง สำหรับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย โรงพยาบาลละ 4 คน (รวม 40 คน) ประกอบด้วย

- ประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH board) ของโรงพยาบาล ซึ่งมีอำนาจและบทบาทในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็กในอำเภอ 1 คน

- ผู้ปฏิบัติงานหลักที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาล คือ ผู้รับผิดชอบหลักในคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด และ แผนกหลังคลอด คลินิกละ 1 คน รวม 3 คน/โรงพยาบาล และเป็นผู้ที่สามารถอุทิศเวลาและเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการสนทนากลุ่มด้วยความสมัครใจ

2.3 ประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 2 เพื่อระดมสมองหาค้นหาปัจจัยความสำเร็จ (Key success) ลดปัญหาการดาเสียชีวิต โดยใช้นำข้อมูลจากผลการศึกษาการจัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ในโรงพยาบาลที่ไม่มีมารดาเสียชีวิต (ในข้อ 2.2)

2.4 ประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 3 เพื่อจัดทำรายละเอียดเนื้อหา ตามกรอบปัจจัยความสำเร็จ (จากข้อ 2.3) สำหรับใช้เป็นแนวทางในการจัดทำรูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการดาเสียชีวิต

3. ขั้นตอนการนำร่างรูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตมารดาในเขตภาคอีสานตอนล่างไปทดลองใช้ ดำเนินการในระหว่าง เดือนตุลาคม-มิถุนายน 2561 กลุ่มเป้าหมายคือ โรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่ศึกษาของจังหวัดเป้าหมาย 2 จังหวัด โดย 2 จังหวัดดังกล่าวฯ ได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายจากกลุ่มจังหวัดที่มีความแตกต่างกัน 2 กลุ่มๆละจังหวัด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มจังหวัดที่มีการเสียชีวิตของมารดาทุกปีๆละ 2-4 ราย

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มจังหวัดที่ไม่มีรายงานการเสียชีวิตมารดานานต่อเนื่อง 3 ปี

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “ดำเนินงานตามรูปแบบเพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตของมารดาในเขตภาคอีสานตอนล่าง” ให้กับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นบุคลากรแกนนำในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด และ รพ.สต.ทุกแห่ง ในพื้นที่เป้าหมาย 2 จังหวัด เพื่อนำรูปแบบฯ สู่การปฏิบัติ และได้นำเสนอรูปแบบในที่ประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH board) ระดับเขต เพื่อให้ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นตัวแทนสูติแพทย์จากทุกจังหวัด ได้รับทราบและให้ความเห็นชอบ

4. ขั้นตอนการติดตามผลการดำเนินงานตามรูปแบบเพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตของมารดาในเขตภาคอีสานตอนล่าง ประกอบด้วย

4.1 การประเมินผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานตามรูปแบบฯ พื้นที่ศึกษาคือโรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ทุกแห่งของจังหวัดเป้าหมายทั้ง 2 แห่ง (จำนวน 9 แห่ง) ซึ่งเป็นสุมแบบเฉพาะเจาะจง และโรงพยาบาลลูกข่ายของโรงพยาบาลแม่ข่ายๆ ละ 1 แห่ง (จำนวน 9 แห่ง) ซึ่งเป็นการสุ่มอย่างง่าย รวมโรงพยาบาลเป้าหมายทั้งหมด 18 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก(MCH board) อำเภอ 1 คน และผู้ปฏิบัติงานหลักที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาล คือ ผู้รับผิดชอบหลัก ด้านการจัดบริการและให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด และ แผนกหลังคลอด คลินิกละ 1 คน รวม 3 คน/โรงพยาบาล เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวม 4 คน/โรงพยาบาล

4.2 การประเมินผลลัพธ์(Outcome) ได้แก่ อัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาในพื้นที่ศึกษา

ศูนย์อนามัยที่ 10

ที่มีการดำเนินงานตามรูปแบบเพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตของมารดาในเขตภาคอีสานตอนล่าง และพื้นที่ที่ดำเนินงานตามนโยบายปกติ จากแบบรายงานการป่วยตายของหญิงที่มากลอด(แบบรายงานก-2) ประจำปีงบประมาณ 2561 ของเขตสุขภาพที่ 10

### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) อ้างอิงกรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาเรียบเรียงให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย

7. ผลการศึกษา (อธิบายผลการศึกษาที่สำคัญ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา/วิจัยอย่างรัดกุมและได้ใจความ)

### ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตของมารดา โดยศึกษาข้อมูลจากแบบสอบถามมารดาตายของกรมอนามัย (ก.1-CE) และรายงานสรุปการทำ Maternal Mortality Conference : MM –Conference จากข้อมูลการเสียชีวิตของมารดาในปีงบประมาณ 2558 ทุกราย จำนวน 11 ราย พบว่ามารดาที่เสียชีวิตอายุต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 43 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-34 ปี (ร้อยละ 50) รองลงมาคือ อายุ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 42.8) เป็นการตั้งครรภ์ 2 หรือ G2 มากที่สุด (ร้อยละ 35.7) สถานที่ฝากครรภ์ครั้งแรก คือ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (ร้อยละ 36.9) รองลงคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) (ร้อยละ 27.3) มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 63.6 ขณะตั้งครรภ์พบมีโรคประจำตัว ร้อยละ 27.3 ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและธัยรอยด์ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ พบผิดปกติ (ร้อยละ 63.6) ระยะเวลาการเสียชีวิต พบว่า เสียชีวิตในระยะหลังคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 54.5) เกิดจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) ร้อยละ 54.5 ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคภูมิแพ้ตัวเอง โรคลมชัก และโรคไข้เลือดออก สาเหตุทางตรง (Direct cause) ร้อยละ 45.5 ได้แก่ PPH , Amniotic fluid embolism Eclampsia with HELLP' syndrome และ Sepsis

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดปัญหามารดาตายในเขตภาคอีสานตอนล่าง โดยนำข้อมูลปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุมารดาตายทั้ง 11 ราย มาวิเคราะห์หาความเชื่อมโยงกับปัจจัยผู้ให้บริการ ปัจจัยระบบบริการและปัจจัยผู้รับบริการ พบว่าเกิดจากบุคลากรขาดทักษะในการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและมีความล่าช้า การขับเคลื่อนนโยบายฯ ขาดความชัดเจน การบริหารจัดการ/ระบบส่งต่อฯ กระบวนการดูแลความเสี่ยงและการสื่อสารความเสี่ยงให้กับผู้รับบริการยังขาดประสิทธิภาพ ในส่วนของผู้รับบริการ พบว่า ไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงและไม่ตระหนักเมื่อเกิดเสี่ยง นอกจากนี้ผลจากการศึกษาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลที่ไม่มีแม่ตายตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป พบว่า โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายลดปัญหามารดาเสียชีวิตเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาล คณะกรรมการ MCH board ของโรงพยาบาล (ระดับอำเภอ) และระดับจังหวัด มีการประชุมเพื่อติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีระบบการสื่อสารให้กับบุคลากรภายในเครือข่ายได้รับทราบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กร่วมกันในหลายรูปแบบ ได้แก่ การประชุม การนิเทศติดตาม โทรศัพท์ ช่องทาง Line/Skype และการใช้สัญลักษณ์สำหรับการสื่อสารความเสี่ยงระหว่างบุคลากร มีแนวทางคัดกรองความเสี่ยง/แบ่งระดับความเสี่ยงเพื่อจำแนกผู้รับบริการ ให้ไปรับบริการฝากครรภ์ในสถานบริการที่มีศักยภาพสูงตามระดับ



ความเสี่ยงที่พบและมีแนวปฏิบัติเพื่อจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจน นอกจากนี้โรงพยาบาลยังมีระบบการตรวจสอบเพื่อประเมินความครบถ้วนของการให้บริการโดยหัวหน้างาน มีการใช้ถุงตวงเลือดเพื่อประเมินการสูญเสียเลือดระหว่างการทำคลอดทุกราย มีแนวทาง(Clinical Practice Guideline –PPH) ที่เน้นและให้ความสำคัญกับการ Early detect/Early treatment ให้ Stable และEarly refer ภายใน 30 นาที มีการจัดอัตราการกำลังเฉพาะห้องคลอดไม่ใช้ร่วมกับแผนกฉุกเฉิน (ER) มีการกำหนดสมรรถนะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด ซึ่งต้องผ่านการอบรม ฝึกทักษะ เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ เช่น ไปฝึกทำคลอดที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดหรืออบรมฟื้นฟูความรู้ด้านอนามัยแม่และเด็กเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น มีการใช้เครือข่ายอสม.ช่วยค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็วและค้นหาคู่สมรสเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตรในเชิงรุกในชุมชน และผลจากการประชุมเพื่อระดมสมองในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ครั้ง ได้ข้อสรุปปัจจัยความสำเร็จ (Key success) 5 ประเด็น เพื่อลดปัญหามารดาเสียชีวิตเขตสุขภาพที่ 10 หรือ PMMR -Health Model ดังต่อไปนี้

*P: Policy* การกำหนดนโยบายและมีกลไกการขับเคลื่อนนโยบายอนามัยแม่และเด็กที่เข้มแข็ง

*M: Man* บุคลากรมีสมรรถนะและมีระบบการประเมินสมรรถนะในงานอนามัยแม่และเด็ก ประกอบด้วย การจัดอัตราการกำลังที่เหมาะสม มีการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากร และการพัฒนา/ประเมินสมรรถนะของบุคลากร

*M: Material* การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยา/เลือดให้มีพร้อมใช้ โดยโรงพยาบาลทุกแห่ง ควรมีธนาคารเลือดที่มีประสิทธิภาพเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง หรือ มีระบบการบริหารจัดการเลือดให้มีเลือดใช้อย่างเพียงพอและพร้อมใช้ได้ในกรณีฉุกเฉิน กรณีโรงพยาบาลที่ไม่มีคลังเลือด : ต้องมีสารน้ำอื่นทดแทนเลือด เช่น Haemaccel หรือ มีระบบเครือข่ายในการหาเลือด และมีระบบส่งต่อที่รวดเร็ว ภายใน 30 นาที ในส่วนของเวชภัณฑ์ยาพร้อมใช้ โดยต้องมียาที่จำเป็นเพียงพอ และมีวิธีผสมยา พร้อมใช้ อยู่ใน set ยาฉุกเฉินทุกตัว เช่น Oxytocin Methergin Cytotec Naradol และแมกนีเซียมซัลเฟต

*R: Risk management* มีการปฏิบัติตามมาตรฐานและมีระบบจัดการภาวะเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องดำเนินการครบถ้วนใน 3 ประเด็น ได้แก่ (1) มีระบบการคัดกรองความเสี่ยงจำแนกกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มปกติ (2) มี Standing Order และแนวทางการดูแลรักษาในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่พบบ่อย และ (3) มีระบบการส่งต่อ จำแนกระดับความเสี่ยงและหน่วยรับส่งต่อตามศักยภาพ

*Health: Health communication* มีการสื่อสารความรู้และความเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์/คลอด/หลังคลอดและครอบครัวที่เหมาะสมตามบริบท

### 3. ผลการใช้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตของมารดาในเขตภาคอีสานตอนล่าง

1) การกำหนดนโยบายและมีกลไกการขับเคลื่อนนโยบายแม่และเด็กที่เข้มแข็ง (P: Policy)

1.1 การกำหนดนโยบายเพื่อการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กให้เกิดประสิทธิภาพ นโยบายที่เน้นหนักที่พบในทุกพื้นที่ คือ การลดปัญหามารดาเสียชีวิตที่เกิดจากสาเหตุโดยตรง ที่ผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็กทุกคนรับทราบร่วมกัน ประเด็นที่โรงพยาบาลทุกแห่งให้ความสำคัญ คือ ระบบคัดกรองและจัดการภาวะเสี่ยง การดูแลหญิงตั้งครรภ์กรณีฉุกเฉิน ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และดำเนินการตามนโยบายโรงพยาบาลมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก นโยบายอื่นๆ เช่น การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ และเลือดให้พร้อมใช้ การใช้ถุงตวงเลือดในผู้คลอดทุกราย การจัดอัตราการกำลังที่เพียงพอ กำหนดและพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงาน และมีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติและพัฒนาคุณภาพงานโดยทำเป็นกรณีศึกษา มีการพัฒนานวัตกรรมต่างๆ เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพ

งาน ทั้งนี้แนวทางของ PMMR-Health model ไม่มีความแตกต่างจากข้อปฏิบัติเดิม เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวงที่ผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็กต้องปฏิบัติตามอย่างเข้มแข็ง อาจมีบางกิจกรรมที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางเนื่องจากมีข้อจำกัดและบริบทที่ไม่เหมือนกันของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง จึงได้นำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลของตนเอง

1.2 การขับเคลื่อนนโยบายผ่านคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH board) ทุกพื้นที่มีการทบทวนคณะกรรมการ MCH board ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ทุก 1 ปี และปรับให้มีความคล้อยคลึงกับแนวทางของ PMMR-Health model โดยคณะกรรมการ MCH board ระดับจังหวัด ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป สูติแพทย์ กุมารแพทย์ อายุรแพทย์ หัวหน้างานและผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด หอผู้ป่วยเด็ก กลุ่มงานเวชกรรมและประธาน เลขาฯ การ ผู้ช่วยเลขาฯ การ จาก MCH Board ระดับอำเภอทุกอำเภอ ส่วน MCH board ระดับอำเภอ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ แพทย์ผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็กของโรงพยาบาลอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หัวหน้างานและผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด กลุ่มงานเวชกรรม และตัวแทน รพ.สต.ทุกแห่ง คณะกรรมการ MCH board ส่วนใหญ่ประชุมได้เพียง 2 ครั้ง/ปี เนื่องจากมีการชี้แจงการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในการประชุมวาระอื่นๆ ไปในคราวเดียวกัน จึงประชุมได้ไม่ครบตามจำนวนที่ระบุไว้ แต่มีการสื่อสารให้ผู้รับผิดชอบงานทราบผ่านการประชุมในวาระต่างๆ ไลน์กลุ่มหรือเฟสบุ๊ก หนังสือราชการแจ้งเวียน และติดประกาศตามบอร์ดประชาสัมพันธ์ หากเป็นแนวทางหรือคู่มือการปฏิบัติงานจะแจ้งเวียนในรูปแบบหนังสือราชการ และมีการจัดประชุมวิชาการภายในจังหวัดปีละ 1 ครั้ง หากไม่ได้จัดประชุมภายในจังหวัดจะสนับสนุนผู้ปฏิบัติทุกระดับเข้าร่วมประชุมวิชาการในระดับเขต หรือตามความสมัครใจ ในกรณีที่ต้องมีการสื่อสารกันในกลุ่มของผู้ปฏิบัติงานสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ทุกกรณี โดยส่วนใหญ่จะใช้โทรศัพท์ในกรณีเร่งด่วน หากไม่เร่งด่วนจะสื่อสารผ่านไลน์หรือเฟสบุ๊ก

2) การจัดอัตรากำลัง การกำหนดสมรรถนะ การประเมินและการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (M : Man) การบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลของโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน ในแผนกฝากครรภ์ ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้อัตรากำลังร่วมกับแผนกอื่น ในกรณีที่มีการลาหรือไปราชการอาจให้บริการได้ช้าลง อัตราากำลังห้องคลอดในแม่ช่ายไม่ใช้อัตรากำลังห้องคลอดร่วมกับแผนกอื่น แต่ในโรงพยาบาลลูกช่ายอัตรากำลังเวรป่วยและเวรตึกส่วนใหญ่ใช้ร่วมกับแผนกฉุกเฉิน และบางแห่งใช้อัตรากำลังจากห้องผ่าตัด ไอซียู แผนกหลังคลอด แผนกฝากครรภ์ หรือคลินิกครรภ์เสี่ยงสูงร่วมด้วย โดยจะมีพยาบาลห้องคลอดขึ้นเวรเป็นหลัก 1 คน ในโรงพยาบาลที่อัตราคลอดน้อยจะจัดอัตรากำลังห้องคลอดเป็นเวร on call คือโทรศัพท์ตามพยาบาลห้องคลอด ส่วนแผนกหลังคลอด ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้อัตรากำลังร่วมกับแผนกอื่น ในโรงพยาบาลทั่วไปแยกแผนกหลังคลอดออกจากผู้ป่วยอย่างชัดเจน ในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่แผนกหลังคลอดจะอยู่ในเป็นตึกผู้ป่วยสามัญที่ใช้อัตรากำลังร่วมกันแต่จัดแยกโซนหลังคลอดไว้ต่างหาก สำหรับในโรงพยาบาลที่อัตราการคลอดน้อยบางแห่งจะจัดให้พยาบาลห้องคลอดกับหลังคลอดใช้อัตรากำลังร่วมกัน และมีพยาบาลขึ้นเวรป่วยตึกเพียง 1 คน แต่สามารถใช้อัตรากำลังเสริมจากแผนกอื่นได้ในกรณีฉุกเฉิน

3) การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยา และเลือดให้มีพร้อมใช้ (M : Material)



3.1 การบริหารจัดการเลือดให้พร้อมใช้ในการฉีดยาในกรณีฉุกเฉิน โรงพยาบาลไม่ได้มีธนาคารเลือดทุกแห่ง การบริหารจัดการเลือดในแต่ละแห่งจึงมีความแตกต่างกัน ในโรงพยาบาลที่มีธนาคารเลือดเมื่อมารดาคลอดจะมีการสำรองเลือดไว้ให้ผู้คลอดคลอดทุกราย กรณีที่เป็นหมู่เลือดพิเศษธนาคารเลือดจะประสานคลังเลือดของโรงพยาบาลศูนย์ในการสำรองเลือดมาไว้ใช้งาน ในโรงพยาบาลที่ธนาคารเลือดเปิดทำการตลอด 24 ชั่วโมงสามารถโทรศัพท์ประสานและมีเลือดพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา แต่โรงพยาบาลหลายแห่งธนาคารเลือดส่วนใหญ่จะปิดทำการเวลา 24.00 น. หากเกิดกรณีฉุกเฉินสามารถโทรศัพท์แจ้งแอดมิน on call ได้ สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มีธนาคารเลือดหรือโรงพยาบาลที่ระยะทางไม่ไกลจากโรงพยาบาลแม่ข่ายหากมีเลือดไม่เพียงพอจะโทรศัพท์ประสานไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และให้สารน้ำให้ทดแทน แล้วจึงส่งต่อเข้าระบบ fast track

3.2 เวชภัณฑ์ยาพร้อมใช้ อุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการให้บริการของแต่ละแผนก พบว่า ทุกแผนกมีอุปกรณ์ และเครื่องมือต่างๆ รวมทั้งเวชภัณฑ์ยาและไมใช่ยาเพียงพอสำหรับการใช้งานในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ได้แก่ เครื่องอัลตราซาวด์, เครื่อง NST, Drop tone, Infusion pump, เครื่องปั๊มยาอัตโนมัติ, เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว, ถุงตวงเลือด, ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน และฟolic รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในกรณีฉุกเฉิน ได้แก่ Oxytocin, Methergin, Nalador, Cytotec, Magnesium Sulphate, Hydralazine, Haemaccel, IV fluid ได้มีการจัดหาให้มีจำนวนเพียงพอและพร้อมใช้งานตลอดเวลา โดยแนวทางการให้ยาในกรณีฉุกเฉินได้ดำเนินการตามแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงของเขตสุขภาพที่ 10 และมีแนวทางปฏิบัติเดิมของจังหวัด รวมถึงแนวทางของ PMMR-Health Model แต่อาจมีการปรับเปลี่ยนเล็กน้อยให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลและตามแนวทางของสูติแพทย์

4) การคัดกรอง และจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ (R : Risk management) โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ทุกรายและทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย แบบฟอร์มที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ 20 ข้อ ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่แต่ละจังหวัดจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยนำไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล สำหรับใบส่งต่อทางสูติกรรมใน PMMR-Health Model package มีความเฉพาะด้าน เอื้อต่อการใช้งาน บันทึกข้อมูลที่เป็นได้ครบถ้วน และโรงพยาบาลปลายทางที่รับส่งต่อ ไม่สะท้อนกลับว่าข้อมูลไม่ครบถ้วนเหมือนที่ผ่านมา ส่วนการนำแนวทางการคัดกรองความเสี่ยง/การจัดการความเสี่ยง และการส่งต่อตามรูปแบบของ PMMR-Health Model ไปใช้ พบว่า ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติตามรูปแบบฯ ทั้งหมด แต่มีการนำเอาบางส่วนไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาของโรงพยาบาล

5) กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์/คลอด/หลังคลอดและครอบครัว ทั้งเชิงรับและเชิงรุก (Health : Health Communication) สถานบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่ ให้คำแนะนำรายบุคคลตามปัญหาที่พบ และจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่โดยให้สามีและญาติมีส่วนร่วม แต่หลายแห่งมีข้อจำกัดที่หญิงตั้งครรภ์และญาติไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกคน หรือทุกครั้ง ดังนั้น ในวันที่มีการฝากครรภ์เจ้าหน้าที่จะเปิดวิดีโอทัศน์ หรือ you tube ให้ดูในระหว่างรอตรวจครรภ์เป็นการให้ความรู้อีกทางหนึ่ง สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้เจ้าตัวและญาติทราบเพื่อให้ตระหนักในการดูแลตนเอง มีการทำสัญลักษณ์หรือสื่อสารให้ทีมสุขภาพทราบว่าหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง อาจโทรศัพท์ติดตาม หรือเยี่ยมบ้านในรายที่มีความเสี่ยงสูงและต้องดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งเพิ่มช่องทางการสื่อสาร เช่น เฟสบุ๊ก หรือไลน์กลุ่ม ให้

ผู้รับบริการติดต่อได้สะดวกขึ้น หากพบกรณีฉุกเฉินให้โทรศัพท์ติดต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และ รพ.สต. ได้ตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อมีความเร่งด่วนที่จะต้องมาโรงพยาบาลทันทีแนะนำให้ใช้บริการ 1669 สำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเครือข่ายอื่นๆ ในการดูแลมารดา พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดกิจกรรมหัตถกรรม 1,000 วันแรกของชีวิต โดยให้การสนับสนุนนมจัด ไข่ แก่หญิงตั้งครรภ์ สนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ในส่วนของ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ช่วยประเมินสุขภาพเบื้องต้น เยี่ยมบ้าน และค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่พร้อมทั้งแนะนำให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และในหมู่บ้านจะมีเสียงตามสายแนะนำการดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์

**4. การประเมินผลลัพธ์ (Outcome)** ผลการติดตามอัตราส่วนการเสียชีวิตจากแบบรายงานการป่วย/ตายของหญิงที่มาคลอด (รายงาน ก-2) ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ศึกษาที่ดำเนินงานตามรูปแบบเพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตของมารดาในเขตภาคอีสานตอนล่างและพื้นที่ที่ดำเนินงานตามนโยบายปกติ พบว่าอัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาในพื้นที่ศึกษา มีแนวโน้มลดลง โดยจังหวัดที่ 1 ยังคงไม่มีมารดาเสียชีวิต ส่วนในจังหวัดที่ 2 อัตราส่วนมารดาเสียชีวิต ลดลงจาก 17.9 : 100,000 การเกิดมีชีพ เป็น 10.3 : 100,000 และสาเหตุที่ทำให้มารดาเสียชีวิตซึ่งพบเพียง 1 ราย เกิดจากสาเหตุ Hemophagocytic Syndrome ส่วนในพื้นที่ปกติ พบว่าอัตราส่วนมารดาเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จังหวัดที่ 1 มีจำนวนมารดาเสียชีวิต 2 ราย ในทั้ง 2 ปี ขณะที่อีก 2 จังหวัด มีจำนวนมารดาเสียชีวิตเพิ่มขึ้น จากไม่มีมารดาเสียชีวิตเลย ในปี 2560 เพิ่มขึ้นเป็น 2 ราย และ 1 ราย ในปี 2561 ตามลำดับ มีสาเหตุเกิดจากโรคหัวใจ โรคธาลัสซีเมีย และภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด

**8.สรุปและข้อเสนอแนะ** (สรุปสาระสำคัญของผลการศึกษา และข้อเสนอแนะอย่างสั้น รัดกุม ชัดเจน)

**สรุปผลการศึกษา** พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาเกิดจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) มากที่สุด (ร้อยละ 54.5) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมารดาเสียชีวิต คือ บุคลากรขาดทักษะและการดูแลล่าช้า การขับเคลื่อนนโยบาย ระบบการส่งต่อการจัดการความเสี่ยงและการสื่อสารความเสี่ยงขาดประสิทธิภาพ ในส่วนของ ผู้รับบริการ พบไม่ทราบว่าจะตนเองมีความเสี่ยงและไม่ตระหนักเมื่อเกิดความเสี่ยง สำหรับปัจจัยความสำเร็จเพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตของมารดา ซึ่งนำไปสู่การได้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดมารดาเสียชีวิต หรือ PMMR-Health Model ประกอบด้วย P:Policy มีการกำหนดนโยบายและกลไกการขับเคลื่อนนโยบายอนามัยแม่และเด็กที่เข้มแข็ง M:Man บุคลากรมีสมรรถนะและมีระบบการประเมินสมรรถนะในงานอนามัยแม่และเด็ก M:Material การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยา/เลือดให้มีพร้อมใช้ได้ในทุกกรณี R:Risk management มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน และมีระบบจัดการภาวะเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ Health : Health communication การสื่อสารความรู้/ความเสี่ยงให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ผลลัพธ์จากประเมินผลตามรูปแบบเพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตของมารดาในเขตภาคอีสานตอนล่างเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ศึกษาและพื้นที่ปกติ พบว่า อัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาในพื้นที่ศึกษาต่ำกว่าพื้นที่ปกติ นอกจากนี้ยังพบมารดาเสียชีวิต 1 รายในพื้นที่ศึกษาที่มาคลอดแต่ฝากครรภ์มาจากที่อื่นจากสาเหตุ Hemophagocytic Syndrome ซึ่งพบค่อนข้างน้อย

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์**

1.จากผลการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้าและฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ส่งผลให้ไม่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์/ไม่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงหรือจัดการปัญหาความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรสาธารณสุขควรมีการคืนข้อมูลและเร่งประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้มีการประชาสัมพันธ์และ



สื่อสารให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว และสร้างวัฒนธรรมการฝากครรภ์เร็วให้คนในชุมชนถือเป็นข้อปฏิบัติ เช่น ให้ อสม. ไปสอบถามว่าในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วมีการวางแผนตั้งครรภ์อย่างไรบ้าง ให้ข้อมูลการมาฝากครรภ์ทันทีที่รู้ หรือโทรแจ้งข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ นอกจากนี้เสนอให้รัฐบาลกำหนดเงื่อนไขฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพเป็นเกณฑ์ในการรับเงินอุดหนุนบุตร อันจะช่วยเพิ่มความครอบคลุมของการมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพอีกทางหนึ่งด้วย

2.จากผลการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์มาจากที่อื่น มักพบปัญหาการคัดกรองความเสี่ยงไม่ครอบคลุม หรือ การคัดกรองพบความเสี่ยง แต่ขาดวิธีการสื่อสารความเสี่ยงระหว่างหน่วยบริการ ทำให้เกิดปัญหาการดูแลไม่ต่อเนื่อง เช่น กรณีที่ฝากครรภ์ที่ต่างจังหวัดแล้วมาคลอดที่บ้าน หรือหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ 1-2 ครั้ง แล้วเดินทางไปต่างจังหวัดกลับมาเมื่อใกล้คลอด รวมทั้งกลุ่มที่ฝากที่คลินิกเอกชน/โรงพยาบาลเอกชน โดยที่ไม่เคยเข้าระบบการฝากครรภ์ของโรงพยาบาลแล้วมาคลอด ในระดับประเทศ ควรมีการจัดทำระบบการลงบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์แบบออนไลน์ที่สามารถลิงค์ข้อมูลฝากครรภ์ในทุกสถานพยาบาลทั้งของรัฐบาล หรือ เอกชน ทั้งนี้ต้องเป็นข้อมูลที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด โดยอาจใช้หมายเลขบัตรประชาชนในการเข้าสู่ระบบ สำหรับให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการติดตาม ดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งในรายปกติ และกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ได้รับบริการที่ครบถ้วนตามมาตรฐาน และสามารถเรียกดูข้อมูลย้อนหลังได้ทุกครั้งของการตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยแก้ไขปัญหาการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาได้อย่างครบถ้วนต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์

3.จากผลการศึกษาที่ยังพบปัญหาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หรือกลุ่มที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ เช่นมีโรคทางอายุรกรรมแต่ก็ยังมีตั้งครรภ์ หรือตั้งครรภ์ซ้ำ ส่งผลให้เกิดเป็นความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาในทุกระยะของการตั้งครรภ์ ดังนั้นคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด/อำเภอควรสื่อสารประชาสัมพันธ์ในคลินิก หรือตึกผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ตลอดจนกำหนดนโยบายเพื่อการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงหรือในกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังที่จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์เป็นรายบุคคลเชิงรุกในชุมชน

4.จากผลการศึกษาที่พบว่า ปัญหาการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุโดยอ้อมมากขึ้น โดยเฉพาะโรคทางอายุรกรรม ดังนั้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายได้รับการดูแลและจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดควรมีการตั้งศูนย์ผู้เชี่ยวชาญแบบสหสาขาวิชาชีพเพื่อการคัดกรองตลอดทั้งระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ แพทย์โรคเลือดและ สูติแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ หรือเฉพาะทางอื่นๆ และควรกำหนดมาตรการหรือนโยบายให้หน่วยบริการที่คัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ แล้วพบว่าหญิงตั้งครรภ์รายใดมีความเสี่ยง เช่น เป็นโรคหัวใจ โรคเลือด โรคธาลัสซีเมีย ควรมีระบบการประสานงานเพื่อติดตามให้หญิงตั้งครรภ์รายเสี่ยงนั้นได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากศูนย์ผู้เชี่ยวชาญแบบสหสาขาวิชาชีพเพื่อการคัดกรองตลอดทั้งระดับจังหวัด

5.จากผลการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงยังขาดความตระหนักในการดูแลตัวเองและไม่ไปรับบริการตามข้อแนะนำของเจ้าหน้าที่เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ดังนั้นคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด/อำเภอ ควรประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจัดหายานพาหนะ อำนวยความสะดวกในการรับส่ง หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่อยู่ห่างไกล ไปรับบริการในโรงพยาบาลแม่ข่ายตามความเหมาะสมกับบริบท เช่น รถ 1669 เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ขยายผลการดำเนินงานตามรูปแบบของ PMMR-Health Model ให้ครบทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อเปรียบเทียบว่าบริบทที่แตกต่างกันของโรงพยาบาลแต่ละแห่งทั้งสังกัดภาครัฐและเอกชนว่าสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ได้จริงหรือไม่
- 2) ศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดระหว่างการฝากครรภ์ในสถานบริการของรัฐและเอกชนว่าสถานบริการแต่ละแห่งสามารถคัดกรองและจัดการความเสี่ยงได้แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization , Maternal Mortality , Fact Sheet No. 348, May 2012, available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>.
2. Wikipedia , Maternal death , last modified on 3 September 2015 , Available at [https://en.wikipedia.org/wiki/Maternal\\_death](https://en.wikipedia.org/wiki/Maternal_death).
3. Ministry of Health and Family Welfare , Maternal Death Review Guidebook , New Delhi , December , 2010.  
,([www.gujhealth.gov.in/Portal/Tender/2/15\\_guidelinemetirial.pdf](http://www.gujhealth.gov.in/Portal/Tender/2/15_guidelinemetirial.pdf) ).
4. Lancet Article , Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis , Vol. 2 , June 2014 , Available at [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/abstract).
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย , สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2544 – 2546 , Available at [http://hp.anamai.moph.go.th/download/document/44-46\\_PDF.pdf](http://hp.anamai.moph.go.th/download/document/44-46_PDF.pdf).
6. WorawanChandoevwit and other , TDRI Quarterly Review , Using Multiple Data Calculating the Maternal Mortality Ratio in Thailand , September 2007 , Available at [http://tdri.or.th/archives/download/quarterly/text/s07\\_2.pdf](http://tdri.or.th/archives/download/quarterly/text/s07_2.pdf).
7. โครงการสุขภาพคนไทย. สุขภาพมารดาในสุขภาพคนไทย2560 (หน้า 82) นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล,2560.
8. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี . เอกสารประกอบการประชุม แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ประจำปีงบประมาณ 2557. เอกสารอัดสำเนา, 2557.

หมายเหตุ ใช้ขนาดอักษร 16 point พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด โดยเนื้อเรื่องประกอบด้วย หลักการและเหตุผล



วัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผลข้อเสนอแนะและ  
เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4



# กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 10