

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลการใช้รูปแบบ PMMR-Health Model เพื่อลดปัญหาการตาย เขตสุขภาพที่ 10

มลุลี แสนใจ วท.ม (วิทยาการระบาด)

วิภาวดี พิพัฒนกุล พย.ม (วิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง)

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วันรับ: 16 ม.ค. 2563

วันแก้ไข: 23 ส.ค. 2563

วันตอบรับ: 3 ก.ย. 2563

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตาย พัฒนารูปแบบและศึกษาผลการใช้รูปแบบ PMMR-Health Model เพื่อลดปัญหาการตายเขตสุขภาพที่ 10 ดำเนินการศึกษาระหว่างตุลาคม 2559 – มีนาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญและผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการตาย แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามความคิดเห็น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการตาย ได้แก่ นโยบายขาดความชัดเจน บุคลากรขาดทักษะ การจัดการความเสี่ยงและระบบส่งต่อขาดประสิทธิภาพ ผู้รับบริการขาดความตระหนัก ผ่าครรภ์ซ้ำ ผ่าครรภ์ไม่ครบ ตั้งครรภ์อายุน้อย สำหรับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อลดปัญหาการตาย คือ PMMR-Health Model ซึ่งมี 5 องค์ประกอบด้วย (1) P: policy นโยบายและการขับเคลื่อนนโยบาย (2) M: man กำหนดและประเมินสมรรถนะ (3) M: material อุปกรณ์/ยาและเลือดพร้อมใช้ (4) R: Risk management คัดกรองและจัดการเสี่ยง (5) Health: health communication สื่อสารความรู้และความเสี่ยงที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ส่วนผลของการใช้รูปแบบฯ เพื่อลดปัญหาการตายในพื้นที่ทดลอง 2 จังหวัดในเชิงลัพท์ พบว่า อัตราส่วนการตายมีแนวโน้มลดลง โดยจังหวัดที่ 1 ยังคงไม่มีการตาย ส่วนจังหวัดที่ 2 อัตราส่วนการตายลดลงจาก 17.9: 100,000 การเกิดมีชีพ เป็น 10.3: 100,000 การเกิดมีชีพ รูปแบบ PMMR-Health Model มีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะมาตรการลดปัญหาการเสียชีวิตของระดับประเทศ ทั้งนี้แนวทางของ PMMR-Health model มีมาตรการที่ครอบคลุมในทุกประเด็น ทำให้ผู้ปฏิบัติมั่นใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีสูติแพทย์ อย่างไรก็ตาม ควรมีการวิจัยประเมินผลในระยะยาวเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น ๆ เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกันทั้งในสังกัดของรัฐและเอกชน

คำสำคัญ: มารดาตาย; ปัจจัยเสี่ยง; การพัฒนารูปแบบ

บทนำ

สถานการณ์การป่วยและการตายของมารดา เป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพประชากรและการพัฒนาประเทศที่สำคัญและเป็นสากล การลดจำนวนของการตายทั่วโลก

(maternal mortality) จึงเป็นเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals - SDGs) คือการพัฒนาสุขภาพมารดา (SDG3.1: reduce maternal mortality) องค์การอนามัยโลก

พบว่าในแต่ละวันมีหญิงประมาณ 800 คนทั่วโลกตายจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตร และพบในแหล่งที่ทรัพยากรจำกัดหรือประเทศที่ยากจนสูงถึงร้อยละ 94.0⁽¹⁾ สถานการณ์แนวโน้มสาเหตุการตายทั่วโลกพบวาระหว่างปี ค.ศ.2003-2009 ร้อยละ 73.0 ของจำนวนการตายทั้งหมดเกิดจากสาเหตุโดยตรง (direct obstetrics) และร้อยละ 27.0 เสียชีวิตจากสาเหตุโดยอ้อม โดยพบข้อมูลการตกเลือดหลังคลอด (haemorrhage) เป็นสาเหตุหลักพบสูงถึงร้อยละ 27.1 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (hypertensive disorder) พบร้อยละ 14.0 และภาวะติดเชื้อ (sepsis) ร้อยละ 10.7⁽²⁾

ประเทศไทยโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้รายงานอัตราส่วนการตาย ในปี 2557-2559 เท่ากับ 23.3, 24.6 และ 26.8 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ⁽³⁾ เขตสุขภาพที่ 10 ยังคงพบอัตราส่วนการตายสูงกว่าเป้าหมายเช่นเดียวกับระดับประเทศ โดยในปีงบประมาณ 2556-2558 พบอัตราส่วนการตาย เท่ากับ 20.3, 23.1 และ 28.2 ต่อแสนการเกิดมีชีพ สาเหตุที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูงและตกเลือดหลังคลอด⁽⁴⁾

กระบวนการแก้ไขปัญหาเพื่อลดปัญหาการตายของประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดเพื่อแก้ไขและป้องกันการเกิดปัญหาการเสียชีวิตมารดา และดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กภายใต้นโยบาย “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” เพื่อป้องกันการเสียชีวิตมารดาและทารก ประกอบด้วย (1) จัดทำแผน 5 ปี (2560-2564) โครงการตั้งครรภ์คุณภาพ เพื่อลูกน้อยในครรภ์เกิดรอดครบ 32 สมองดี (2) ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานป้องกัน และลดการเสียชีวิตมารดาสู่ผู้ปฏิบัติผ่านศูนย์อนามัย ซึ่งได้รับนโยบายจากส่วนกลาง ถ่ายทอดนโยบายลงสู่เขตสุขภาพและจังหวัดในเขตรับผิดชอบ (3) ขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก โดย MCH board และ service plan ทุกระดับในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่จำเป็น เช่น

การให้บริการฝากครรภ์ การคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ การฝึกปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ และกำกับติดตามประเมินผล การเยี่ยมเสริมพลังทีมงาน สอนงาน ระบบพี่เลี้ยง และการบริหารจัดการเพื่อพัฒนากระบวนการปฏิบัติ ตลอดจนการทำ case conference เมื่อมีการเสียชีวิตมารดาเกิดขึ้นเพื่อหาสาเหตุปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาเน้นการป้องกันเหตุเกิดซ้ำร่วมกับศูนย์อนามัย โดยมีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้นิเทศติดตามการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตมารดาในระดับเขตสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม แม้ในระดับประเทศจะกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังต่อเนื่อง และเขตสุขภาพที่ 10 โดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขต (MCH board) ได้กำหนดแนวทางดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการตายที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการถ่ายทอดนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติ มีกระบวนการออกประเมินรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการจัดประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหามารดาตายยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและเขตสุขภาพที่ 10 ข้อมูลจากการสุ่มประเมินเชิงคุณภาพในการตรวจราชการ พบว่า มีปัญหาในประเด็นการบริหารจัดการเชิงระบบ ปัญหาการเชื่อมต่อนโยบายสู่การปฏิบัติ และขาดการวิเคราะห์ให้เห็นต้นเหตุของปัญหาที่ชัดเจน อีกทั้งปัญหามารดาตายมีสาเหตุมาจากหลากหลายปัจจัย ดังนั้นการแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องมีการจัดการเชิงระบบ มีการกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมและง่ายต่อการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และที่สำคัญคือต้องมีความเหมาะสมกับบริบทนั้นๆ ด้วย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตาย และพัฒนารูปแบบ PMMR - Health Model รวมไปถึง ศึกษาผลของการใช้รูปแบบ PMMR-Health Model ซึ่งมี 5 องค์ประกอบ คือ (1) P: policy นโยบายและการขับเคลื่อนนโยบาย (2) M: man

กำหนดและประเมินสมรรถนะ (3) M: material อุปกรณ์/ยาและเลือดพร้อมใช้ (4) R: Risk management คัดกรองและจัดการเสี่ยง (5) Health: health communication สื่อสารความรู้และความเสี่ยงที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว โดยมุ่งหวังที่จะลดปัญหาการตายเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ นอกจากจะได้อารมณ์แบบการแก้ไขปัญหาการตายให้สถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 10 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ยังเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่ในอีกรูปแบบหนึ่งด้วย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรมอนามัย เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2560 ดำเนินการศึกษาระหว่างตุลาคม 2559 – มีนาคม 2562 ซึ่งมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารดาตายเป็นการศึกษาข้อมูลการตายมารดาจากแบบสอบสวนมารดาตาย เป็นการศึกษาค้นคว้าข้อมูลย้อนหลังของการเสียชีวิตมารดา ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) โดยการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากปีงบประมาณ 2558 ที่มีจำนวนมารดาตายมากที่สุด คือ 11 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการศึกษาในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบเพื่อลดปัญหาการตาย กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

กลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ในงานอนามัยแม่และเด็กของเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้ถูกคัดเลือกให้เป็นคณะกรรมการ Service plan สาขาสูติศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10 จำนวนทั้งหมด 20 คน โดยเลือกแบบเจาะจง

การประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 1 เป็นการประชุมระดมสมองเพื่อจัดทำกรอบการศึกษาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลที่ไม่มีมารดาตาย

ต่อเนื่องกันนาน 3 ปี ขึ้นไป โดยใช้ข้อมูลนำเข้าคือ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุการตาย และใช้ 7S ของ McKinsey Framework⁽⁶⁾ เป็นเครื่องมือในการจัดทำกรอบการศึกษาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลที่ไม่มีมารดาตาย

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ตามกรอบการศึกษาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลที่ไม่มีมารดาตาย ได้แก่ ประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ ละ 1 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการบริหารจัดการระบบงานอนามัยแม่และเด็ก สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในอำเภอและผู้ปฏิบัติงานหลักที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ ละ 3 คน ได้แก่ หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ หัวหน้างานห้องคลอด และหัวหน้าแผนกหลังคลอด โดยการเลือกแบบเจาะจง

สำหรับอำเภอที่ไม่มีมารดาตายต่อเนื่องนาน 3 ปี ขึ้นไป ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจังหวัดละ 2 อำเภอ จากทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ อุดรธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร ได้พื้นที่ศึกษารวมทั้งหมด 10 อำเภอ ละ 4 คน รวมทั้งหมด 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สร้างขึ้นจากการศึกษาจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสาเหตุการเสียชีวิตของมารดา นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษางานอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย โรงพยาบาลลำพูน สูติแพทย์ที่ปรึกษางานอนามัยแม่และเด็กศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย และสูติแพทย์ประธานคณะกรรมการ service plan สาขาสูติศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 10 เพื่อพิจารณาความครบถ้วนถูกต้องตามเชิงเนื้อหา (content validity) จากนั้นนำไปทดลองใช้ในโรงพยาบาล 2 แห่ง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มศึกษา และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปใช้จริงในภาคสนาม รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ และการสนทนากลุ่ม ใน

กลุ่มของหัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ หัวหน้างานห้องคลอด และหัวหน้าแผนกหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลแบบ วิเคราะห์เนื้อหา เชื่อมโยงกับปัจจัยผู้ให้บริการ ปัจจัย ระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก และปัจจัยผู้รับบริการ

ประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 2, 3 ระดมสมองจัดทำกรอบ และปัจจัยความสำเร็จ (Key success) เพื่อลดปัญหา การตาย โดยใช้ข้อมูลจากผลการศึกษา การจัดระบบ บริการอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลที่ไม่มีมารดาตาย ได้แก่ ปัจจัยผู้ให้บริการ ปัจจัยระบบ ปัจจัยผู้รับบริการ และใช้ 7S ของ McKinsey Framework⁽⁶⁾ และสรุปเป็น รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการตาย เขตสุขภาพที่ 10

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ และศึกษาผลของการ ใช้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการตาย มี ขั้นตอนดังนี้

- ทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดปัญหา การตาย ในขั้นตอนนี้เลือก 2 จังหวัด โดยจังหวัดที่ 1 คือจังหวัดที่มีมารดาตายทุกปี จังหวัดที่ 2 คือ จังหวัดที่ไม่มีรายงานมารดาตายนาน 3 ปี ทดลองใช้รูปแบบฯ เป็น ระยะเวลา 9 เดือน เครื่องมือที่ใช้คือ คู่มือการดำเนินงาน ตามรูปแบบฯ และการประชุมชี้แจงการดำเนินงานตาม คู่มือฯ ให้กับโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดที่ทดลอง รูปแบบฯ

- ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลด ปัญหาการตาย หลังจากครบระยะเวลาการทดลองใช้ รูปแบบฯ ผู้วิจัยประเมินความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน ตามรูปแบบฯ และประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ อัตราส่วน มารดาตาย โดยการประเมินความคิดเห็นต่อการดำเนิน งานตามรูปแบบฯ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งสร้าง ขึ้นจากคู่มือการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการตายเขต สุขภาพที่ 10 ที่พัฒนาขึ้นให้ครอบคลุมในทุกองค์ประกอบ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อพิจารณาความครบถ้วนถูกต้องตามเชิงเนื้อหา (content validity) จากนั้นนำไป ทดลองใช้ในโรงพยาบาล 2 แห่ง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึง กับพื้นที่ศึกษา และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของ

ผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริงในภาคสนาม โดยเลือกผู้ตอบ แบบสอบถามแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้เกี่ยวข้องของโรง- พยาบาลทุกแห่งในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ทดลองโรงพยาบาล ละ 4 คน ได้แก่ (1) ประธานคณะกรรมการอนามัยแม่ และเด็กระดับอำเภอ (2) หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ (3) หัวหน้างานห้องคลอด และ (4) หัวหน้าแผนกหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลแบบวิเคราะห์เนื้อหา ในส่วนของการ ประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ อัตราส่วนมารดาตาย ได้รวบรวม ข้อมูลสถิติมารดาตายจากโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด พื้นที่ทดลอง โดยใช้ข้อมูลจำนวนมารดาตาย จากแบบ รายงานการป่วยตายประจำเดือนของหญิงที่มากคลอด เขต สุขภาพที่ 10 จากนั้นนำมาคำนวณตามสูตรการหา อัตราส่วนมารดาตายตามท้องที่การอนามัยโลกกำหนด⁽⁹⁾

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตายของมารดา

พบว่า มารดาที่ตาย มีอายุต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 43 ปี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-34 ปี (ร้อยละ 50.0) รองลง มาคือ อายุ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 42.8) เป็นการตั้งครรภ์ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 35.7) สถานที่ฝากครรภ์ครั้งแรก คือ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 36.9) รองลงคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) (ร้อยละ 27.3) มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 63.6 ขณะตั้งครรภ์พบมีโรคประจำตัว ร้อยละ 27.3 ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและธัยรอยด์ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะตั้งครรภ์ ส่วน- ใหญ่พบ ผลปกติ (ร้อยละ 63.6) ระยะเวลาการเสียชีวิต พบว่า เสียชีวิตในระยะหลังคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 54.5) เกิดจากสาเหตุทางอ้อม (indirect cause) ร้อยละ 54.5 ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคภูมิแพ้ตัวเอง โรคลมชัก และโรคไขเลือดออก สาเหตุทางตรง (direct cause) ร้อยละ 45.5 ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด ภาวะ น้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด ภาวะพิษแห่งครรภ์และภาวะ แทรกซ้อนที่รุนแรง และภาวะติดเชื้อ

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดปัญหา

มารดาตาย

ผลจากการประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 1 เพื่อจัดทำกรอบการศึกษาการจัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลที่ไม่มีมารดาตายต่อเนื่องกัน 3 ปีขึ้นไป โดยใช้เครื่องมือ 7S ของ McKinsey Framework มาวิเคราะห์หาความเชื่อมโยงกับข้อมูลปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุมารดาตาย ได้แก่ ปัจจัยผู้ให้บริการ ปัจจัยระบบบริการ และปัจจัยผู้รับบริการ เพื่อจัดทำกรอบการศึกษาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลที่ไม่มีมารดาตาย พบดังนี้ ปัจจัยผู้ให้บริการ พบว่าบุคลากรขาดทักษะและให้การดูแลล่าช้า ปัจจัยระบบบริการ พบว่าการขับเคลื่อนนโยบายขาดความชัดเจน ระบบส่งต่อล่าช้า กระบวนการดูแลความเสี่ยงและการสื่อสารความเสี่ยงให้กับผู้รับบริการยังขาดประสิทธิภาพ ปัจจัยด้านผู้รับบริการ พบว่า ไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงและไม่ตระหนักในความเสี่ยง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ในส่วนการศึกษาระบบบริการในโรงพยาบาลที่ไม่มีมารดาตายนาน 3 ปี ขึ้นไป ตามกรอบการศึกษาของ 7S ของ McKinsey Framework พบว่า การกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลที่ไม่มีมารดาตายนาน 3 ปี ขึ้นไป พบว่ามีการกำหนดนโยบายลดปัญหาการตายเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาล ขับเคลื่อนนโยบายโดยมีคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก และมีการประชุมเพื่อติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ระบบการบริหารจัดการ พบว่ามีการสื่อสารนโยบายการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กให้กับบุคลากรภายในเครือข่ายได้รับทราบร่วมกันหลายรูปแบบ มีแนวทางคัดกรองความเสี่ยงและแบ่งระดับความเสี่ยง เพื่อจำแนกผู้รับบริการให้ไปรับบริการในสถานบริการที่มีศักยภาพสูงตามระดับความเสี่ยง ในส่วนของบุคลากรและการพัฒนาทักษะบุคลากร พบว่า มีการจัดอัตรากำลังเฉพาะห้องคลอดไม่ใช้ร่วมกับแผนกฉุกเฉิน มีการกำหนดสมรรถนะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด ซึ่งต้องผ่านการอบรม ฝึกทักษะ เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สาเหตุมารดาตายกับปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ระบบบริการ ผู้รับบริการ และเชื่อมโยงกับกรอบการแก้ไขปัญหาตามหลักการ 7S ของ McKinsey Framework

สาเหตุมารดาตาย	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง			กรอบการศึกษาในโรงพยาบาลที่ไม่มีมารดาตายของ “7S ของ McKinsey Framework”
	ผู้ให้บริการ	ระบบบริการ	ผู้รับบริการ	
น้ำคร่ำอุดตัน	ให้การดูแลรักษาล่าช้า	-	- ไม่ตระหนักในความเสี่ยง (บางแต่ไม่มาโรงพยาบาล) - ผู้รับบริการไม่ไปรับบริการตามข้อแนะนำเนื่องจาก การเดินทางลำบาก	1) Strategy - กำหนดนโยบายชัดเจน 2) System - ระบบขับเคลื่อนนโยบายฯ - ระบบส่งต่อ/คู่มือการดูแล
ติดเชื้อ ลมชัก/โรคหัวใจ	- ขาดทักษะ/ ดูแลรักษาล่าช้า	- - ไม่มีระบบขาด การสื่อสาร ความเสี่ยง	- ไม่ฝากครรภ์/อายุมาก - ไม่ทราบว่าเมื่อไรประจำตัว - อยู่ไฟ	3) Staff & Skill - สื่อสาร/ทักษะการดูแล/จัดการ ความเสี่ยง 4) Shared value
เบาหวาน/ ใช้เลือดออก/ ธัยรอยด์	ขาดทักษะ/ดูแล รักษาล่าช้า	- คู่มือ/แนวทาง การดูแลความเสี่ยง ไม่ชัดเจน	- ขาดความรู้/ขาดความ ตระหนักในการดูแล ตนเอง	- สร้างการมีส่วนร่วม/ค่านิยม

ผลการใช้รูปแบบ PMMR-Health Model เพื่อลดปัญหาการตาย เขตสุขภาพที่ 10

และทดสอบทักษะโดยหัวหน้างานอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี ในส่วนของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน พบว่า มีการใช้อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์เร็วและช่วยค้นหาคู่สมรสเพื่อเตรียมพร้อมก่อนการมีบุตร

ผลการประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญในครั้งที่ 2 และ 3 ในการจัดทำกรอบและปัจจัยความสำเร็จเพื่อลดปัญหาการตาย โดยใช้ข้อมูลจากผลการศึกษาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลที่ไม่มีมารดาตายได้แก่ ปัจจัยผู้ให้บริการ/ปัจจัยระบบ/ปัจจัยผู้รับบริการ และใช้ 7S ของ McKinsey Framework เป็นกรอบในการจัดทำรูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการตาย พบว่า ได้ปัจจัยความสำเร็จประกอบด้วย (1) มีคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก มีการขับเคลื่อนงานอย่างมีประสิทธิภาพ (2) มีระบบการสื่อสารนโยบาย/แนวปฏิบัติให้ถึงผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในหลากหลายช่องทาง (3) มีการจัดการฐานข้อมูล/วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและการติดตามกลุ่มเสี่ยง ที่มีประสิทธิภาพ (4) มีการส่งต่อตามระบบ fast track (5) มีการบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ เลือดให้มีพร้อมในกรณีฉุกเฉิน และเพียงพอ (6) มีการจัดอัตรากำลังและกำหนดสมรรถนะที่จำเป็น และ (7) มีการสื่อสารข้อมูลความรู้ที่สำคัญและจำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว รายละเอียดในตารางที่ 2

ทั้งนี้ผลจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ได้พิจารณาจัดกลุ่มปัจจัยความสำเร็จเพื่อลดปัญหาการตายจาก 7 ประเด็น ดังกล่าวข้างต้น ให้เหลือเพียง 5 ประเด็น และได้สรุปเป็นรูปแบบ P-M-M-R-Health Model เพื่อลดปัญหาการตายเขตสุขภาพที่ 10 ดังมีรายละเอียด ตามภาพที่ 1

องค์ประกอบของรูปแบบPMMR-Health Model

P: Policy การกำหนดนโยบายและมีกลไกการขับเคลื่อนนโยบายอนามัยแม่และเด็กที่เข้มแข็ง

M: Man มีการกำหนดสมรรถนะและมีระบบการประเมินสมรรถนะบุคลากรในงานอนามัยแม่และเด็ก ประกอบด้วย การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม มีการกำหนด

สมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากร และการพัฒนา/ประเมินสมรรถนะ

M: Material การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยา/เลือดให้มีพร้อมใช้ โดยโรงพยาบาลควรมีธนาคารเลือดที่มีประสิทธิภาพเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง หรือมีระบบการบริหารจัดการเลือดให้มีเลือดใช้อย่างเพียงพอและพร้อมใช้ในกรณีฉุกเฉิน กรณีโรงพยาบาลที่ไม่มีคลังเลือด:ต้องมีสารน้ำอื่นทดแทนเลือด เช่น Haemaccel หรือ มีระบบเครือข่ายในการหาเลือด และมีระบบส่งต่อที่รวดเร็วภายใน 30 นาที ในส่วนของเวชภัณฑ์ยาพร้อมใช้ โดยต้องมียาที่จำเป็นเพียงพอและมีวิธีผสมยาพร้อมใช้อยู่ใน set ยาฉุกเฉินทุกตัว เช่น Oxytocin, Ergometrine, Miso-prostol และแมกนีเซียมซัลเฟต

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

Health: Health communication มีการสื่อสารความรู้และความเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และครอบครัวที่เหมาะสมตามบริบท ทั้งนี้ในรูปแบบๆ มีการทำ CD/VCD ความรู้ตามข้อเสนอความต้องการของผู้ปฏิบัติงานและความเสี่ยงที่พบบ่อยในพื้นที่

3. ศึกษาผลของการใช้รูปแบบ P-M-M-R-Health Model เพื่อลดปัญหาการตายเขตสุขภาพที่ 10

3.1 ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรต่อการใช้รูปแบบ PMMR-Health Model

1) P: Policy การกำหนดนโยบายและมีกลไกการขับเคลื่อนนโยบายอนามัยแม่และเด็กที่เข้มแข็ง

- ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา พบว่า ทุกคนเห็นด้วยกับการกำหนดนโยบาย

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลที่ไม่มีมารดาตายตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 10 ตามกรอบการศึกษาของ 7 S ของ McKinsey Framework เพื่อลดปัญหามารดาตาย

ประเด็นการศึกษาตามกรอบการศึกษาของ 7 S ของ McKinsey Frame-work	ระบบอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลที่ไม่มีแม่ตายนาน 3 ปี	Key success สำคัญ
Strategy: นโยบายและการขับเคลื่อนงานแม่และเด็ก	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่โดยกำหนดให้มารดาตายเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาล - มีคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ประชุมติดตามทุก 3 เดือนอย่างต่อเนื่อง 	1) คณะกรรมการ อนามัยแม่และเด็ก มี การขับเคลื่อนงานอย่างมีประสิทธิภาพ
System สื่อสารนโยบาย/แนวปฏิบัติที่ชัดเจน	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบการสื่อสารหลากหลายช่องทาง เช่น ประชุม/นิเทศ/โทรศัพท์/Line/Skype/และการกำหนดสัญลักษณ์ - มีการคัดกรอง/จัดระดับความเสี่ยง - ครรภ์เสี่ยง กำหนดให้ทำคลอดโดยแพทย์ - แผนกฝากครรภ์ส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงให้กับห้องคลอดเพื่อวางแผนการคลอด - มีระบบ fast track - มีคู่มือ/แนวปฏิบัติชัดเจน - เน้นการ early detect/early treatment/ early refer ดูแลใน 30 นาที อาการไม่ดีขึ้นต้องส่งต่อ - มีแนวทางการจัดการปัญหาการตกเลือดหลังคลอดและมีการใช้ถุงตวงเลือดทุกราย 	2) การสื่อสารนโยบาย/แนวปฏิบัติ ให้ถึง ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในหลากหลายช่องทาง 3) การจัดการฐานข้อมูล/วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและการติดตามกลุ่มเสี่ยง ที่มีประสิทธิภาพ 4) ส่งต่อตามระบบ fast track (การส่งต่อ/การรายงานข้อมูลความเสี่ยงให้กับโรงพยาบาลรับส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ) 5) บริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ เลือกใช้ให้มีพร้อมในกรณีฉุกเฉิน และเพียงพอ
Staff/Skill: สมรรถนะบุคลากรและการพัฒนา	<ul style="list-style-type: none"> - จัดอัตรากำลังพยาบาลเฉพาะห้องคลอดไม่ใช้อัตรากำลังร่วมกับแผนกอื่น - มีการพัฒนาทักษะบุคลากรโดยการไปฝึกอบรมและฝึกทักษะในห้องคลอดโรงพยาบาลประจำจังหวัด - กำหนดสมรรถนะ/ทดสอบสมรรถนะโดยหัวหน้างาน 	6) มีการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็น ประเมินสมรรถนะ/กำหนดหน้าที่พยาบาลในแต่ละจุดบริการ
Shared value: สร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> - อาสาสมัครสาธารณสุข ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์เร็วและช่วยค้นหาคู่สมรสเพื่อเตรียมพร้อมก่อนการมีบุตร 	7) สื่อสารข้อมูลความรู้ที่สำคัญและจำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

ภาพที่ 1 รูปแบบ P-M-M-R -Health Model



สำคัญในระดับพื้นที่เพื่อให้นำไปสู่การวางแผนเพื่อการแก้ไขปัญหาย่างยั่งยืน ทั้งนี้ประเด็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการลดปัญหาการตายที่คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอได้มีการกำหนดไว้ 5 อันดับแรก คือ (1) นโยบายการลดการตายที่เกิดจากสาเหตุโดยตรง (2) การคัดกรองและจัดการภาวะเสี่ยง (3) ระบบ Fast track (4) การจัดให้มียา เวชภัณฑ์และเลือดให้มีพร้อมใช้ในกรณีฉุกเฉิน และ (5) การจัดให้มีถุงตวงเลือดใช้ในผู้คลอดทุกราย

- ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา ในประเด็นกลไกการขับเคลื่อนนโยบายผ่านคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health - MCH Board) พบว่า ทุกคนเห็นด้วยกับการมีคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ในแต่ละระดับและจะต้องเป็นกลไกที่ขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กได้จริง โดยมีการประชุมกำหนดนโยบายและติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามนโยบายเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พบว่าในทุกอำเภอมักมีการทบทวนคณะกรรมการ MCH board ทุก 1 ปี และปรับให้มีความคล้ายคลึงกับแนวทางของ PMMR-Health model โดยคณะกรรมการ MCH board ระดับอำเภอ ประกอบด้วย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ แพทย์ผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็กของโรงพยาบาลอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หัวหน้างานและผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด กลุ่มงานเวชกรรม และตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง มีการประชุมอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี ส่วนใหญ่ใช้สำหรับการติดตามงานอนามัยแม่และเด็กระหว่างโรงพยาบาลกับลูกข่ายคือ รพ.สต. นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารนโยบายงานอนามัยแม่และเด็กผ่านช่องทางอื่น ๆ เช่น การประชุมชี้แจงนโยบายผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน ไลน์กลุ่ม เฟสบุ๊ก หนังสือราชการแจ้งเวียน และติดประกาศตามบอร์ดประชาสัมพันธ์ หากเป็นแนวทางหรือคู่มือการปฏิบัติงานจะแจ้งเวียนในรูปแบบหนังสือราชการ และมีการจัดประชุมวิชาการภายในจังหวัดปีละ 1 ครั้ง โดยโรงพยาบาลทั้งหมดดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กตามนโยบายของกรมอนามัย

2) M: Man การจัดอัตรากำลัง กำหนดสมรรถนะประเมินและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา พบว่า ทุกคน

เห็นด้วยกับการจัดอัตรากำลัง กำหนดสมรรถนะ ประเมิน และพัฒนาสมรรถนะบุคลากรเพื่อให้มีความพร้อมให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติจริงพบว่า ในแผนกฝากครรภ์ แผนกหลังคลอดและแผนกห้องคลอดในโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่ได้ใช้อัตรากำลังร่วมกับแผนกอื่น ยกเว้นส่วนห้องคลอดของโรงพยาบาลชุมชนใช้อัตรากำลังเวรป่วยและเวรตีกร่วมกับแผนกฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด แผนกหลังคลอด แผนกฝากครรภ์ โดยมีพยาบาลห้องคลอดชั้นเวรเป็นหลัก 1 คน โรงพยาบาลที่อัตราคลอดน้อยจะจัดอัตรากำลังห้องคลอดเป็นเวร on call สำหรับการพัฒนาสมรรถนะ พบว่า ทั้ง 2 จังหวัดมีการส่งบุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชนไปฝึกเพิ่มพูนทักษะที่ห้องคลอดของโรงพยาบาลแม่ข่าย นอกจากนี้ ทุกคนค่อนข้างเห็นด้วย กับการมีแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลห้องคลอดที่มีในรูปแบบ PMMR-Health Model โดยมีการประเมินสมรรถนะผู้ปฏิบัติงาน 1-2 ครั้งต่อปี ในช่วงก่อนการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนหากมีผู้ปฏิบัติงานใหม่จะมีการประเมินสมรรถนะก่อนการทำงานทุกครั้ง และเสนอให้มีแบบประเมินนี้สำหรับแผนกฝากครรภ์และหลังคลอดด้วย

3) M: Material การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยาและเลือดให้มีพร้อมใช้ ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา พบว่า ทุกคนเห็นด้วยกับการบริหารจัดการให้มียา วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นและมีเลือดให้พร้อมใช้ในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งในการปฏิบัติจริงพบว่า ทุกแผนกของโรงพยาบาลทุกแห่งมีอุปกรณ์ และเครื่องมือต่าง ๆ รวมทั้งเวชภัณฑ์ยาและไม่ใช้ยาเพียงพอและพร้อมใช้งานตลอดเวลา โดยแนวทางการให้ยาในกรณีฉุกเฉินได้ดำเนินการตามแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงตามรูปแบบ PMMR-Health Model หลายแห่งจัดทำกล่องยาที่ใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อให้สะดวกต่อการเคลื่อนย้ายไปใช้งานทุกสถานที่ โดยมีแนวทางการให้ยาในกรณีฉุกเฉินได้ดำเนินการตามแนวทางการป้องกันการตกเลือด

หลังคลอด โดยโรงพยาบาลที่ศึกษาทุกแห่ง ได้ใช้แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงของเขตสุขภาพที่ 10 ตามรูปแบบ PMMR-Health model และปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับมีแนวทางปฏิบัติเดิมของจังหวัด ให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลและตามแนวทางของสูติแพทย์ประจำโรงพยาบาล ยกเว้นในประเด็นการจัดหาเลือดพบว่า โรงพยาบาลไม่ได้มีธนาคารเลือดทุกแห่งแต่สามารถบริหารจัดการและสำรองเลือดไว้สำหรับผู้คลอดทุกรายได้ โดยมีรูปแบบการบริหารจัดการเลือดที่แตกต่างกัน เช่น ในโรงพยาบาลที่มีธนาคารเลือดเมื่อมารดาคลอดจะมีการสำรองเลือดไว้ให้ผู้คลอดทุกรายกรณีที่เป็นหมู่เลือดพิเศษธนาคารเลือดจะประสานคลังเลือดของโรงพยาบาลศูนย์ในการสำรองเลือดมาใช้ งาน ในโรงพยาบาลที่ธนาคารเลือดเปิดทำการตลอด 24 ชั่วโมง สามารถโทรศัพท์ประสานและมีเลือดพร้อมใช้งาน ได้ตลอดเวลา แต่โรงพยาบาลหลายแห่งธนาคารเลือดส่วนใหญ่จะปิดทำการเวลา 24.00 น. หากเกิดกรณีฉุกเฉินสามารถโทรศัพท์แจ้งเวร on call ได้ สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มีธนาคารเลือด หรือโรงพยาบาลที่ระยะทางไม่ไกลจากโรงพยาบาลแม่ข่ายหากมีเลือดไม่เพียงพอจะโทรศัพท์ประสานไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และให้สารน้ำให้ทดแทน แล้วจึงส่งต่อเข้าระบบ fast track

4) R: Risk management การคัดกรองและจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา พบว่า ทุกคนเห็นด้วยกับที่ต้องมีระบบการประเมินความเสี่ยงทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ และมีการจัดการปัญหาตามความเสี่ยงที่พบ ซึ่งในทางปฏิบัติจริงพบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งมีการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย แบบฟอร์มที่ใช้ประเมินความเสี่ยงส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ประเมินความเสี่ยง 20 ข้อ ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก มีการใช้ใบส่งต่อทางสูติกรรมที่รูปแบบ PMMR-Health Model package ได้จัดทำขึ้นให้ใช้เป็นการเฉพาะ ซึ่งเจ้าหน้าที่บอกว่าเอื้อต่อการใช้งานมาก เพราะ

ผลการใช้รูปแบบ PMMR-Health Model เพื่อลดปัญหาการตาย เขตสุขภาพที่ 10

สามารถบันทึกข้อมูลที่เป็นได้ครบถ้วน และโรงพยาบาลปลายทางที่รับส่งต่อไม่สะท้อนกลับว่าข้อมูลไม่ครบถ้วนเหมือนที่ผ่านมา มา โรงพยาบาลบางแห่งได้นำเอาแนวปฏิบัติเดิมของโรงพยาบาลที่มีส่วนคล้ายคลึงกับแนวทางการคัดกรองความเสี่ยง/การจัดการความเสี่ยง และการส่งต่อตามรูปแบบของ PMMR-Health Model ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาและบริบทของโรงพยาบาล

5) Health: Health Communication กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็น

สำหรับหญิงตั้งครรภ์/คลอด/หลังคลอดและครอบครัว ทั้งเชิงรับและเชิงรุก ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา พบว่า ทุกคนเห็นด้วยกับการให้ความรู้ที่จำเป็นหรือสื่อสารความเสี่ยงให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ซึ่งในส่วนของโรงพยาบาลทุกแห่งจะให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลตามปัญหาที่พบ ส่วนการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่โดยให้สามีและญาติมีส่วนร่วมพบว่าทำได้ค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 30.0) หลายแห่งมีข้อจำกัดเนื่องจากสามี/ญาติ ไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ ดังนั้น ในวันที่มีการฝากครรภ์เจ้าหน้าที่จะเปิดวีดิทัศน์ หรือ You Tube ให้ดูในระหว่างรอตรวจครรภ์ เป็นการให้ความรู้อีกทางหนึ่ง สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้เจ้าตัวและญาติทราบ มีการทำสัญลักษณ์หรือสื่อสารให้ทีมสุขภาพทราบว่าเป็นหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง โทรศัพท์ติดตาม หรือ

เยี่ยมบ้านในรายที่มีความเสี่ยงสูง รวมทั้งสื่อสาร ผ่านเฟสบุ๊ค และไลน์กลุ่ม ให้ผู้รับบริการติดต่อได้สะดวก หากมีอาการผิดปกติให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง การประเมินผลลัพธ์ (Outcome) จากอัตราส่วนการตาย

ผลจากการติดตามข้อมูลการตายมารดาจากรายงานประจำเดือนของโรงพยาบาลทุกแห่งที่รายงานเข้ามาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งผ่านระบบรายงานการป่วย/ตายของหญิงที่คลอด (รายงาน ก-2) ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ศึกษาที่ดำเนินงานตามรูปแบบ PMMR-Health Model เปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2560 กับปีงบประมาณ 2561 พบว่า อัตราส่วนมารดาตายของทั้ง 2 จังหวัดมีแนวโน้มลดลง โดยจังหวัดที่ 1 ซึ่งเดิมในปีงบประมาณ 2560 ไม่มีมารดาตาย ปีงบประมาณ 2561 ก็ยังคงไม่มีมารดาเสียชีวิต ส่วนในจังหวัดที่ 2 ปีงบประมาณ 2560 อัตราส่วนมารดาตายเท่ากับ 17.9: 100,000 การเกิดมีชีพ และปีงบประมาณ 2561 อัตราส่วนมารดาตายลดลงเท่ากับ 10.3: 100,000 การเกิดมีชีพ และสาเหตุที่ทำให้มารดาตาย ซึ่งพบ 1 ราย เกิดจากสาเหตุ Hemophagocytic Syndrome รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 3

วิจารณ์

จากผลการศึกษาที่พบว่า มีการกำหนดนโยบายลดปัญหาการตายในทุกพื้นที่ สอดคล้องกับนโยบายของ

ตารางที่ 3 อัตราส่วนมารดาเสียชีวิตในจังหวัดซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาระหว่างปีงบประมาณ 2560 และ 2561

จังหวัด	อัตราส่วนการเสียชีวิตมารดา (ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ)		สาเหตุการเสียชีวิต	
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2560	ปี 2561
จังหวัดที่ 1	0.0	0.0	-	-
จังหวัดที่ 2	17.9 (2 ราย)	10.3 (1 ราย)	1) HIV 2) DHF	Hemophagocytic Syndrome

กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งสำหรับใช้วัดผลเพื่อแก้ไขและป้องกันการเกิดปัญหาการตายของมารดา⁽³⁾ รวมไปถึงนโยบายการส่งเสริมให้มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และครบคุณภาพตามเกณฑ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการตั้งครรภ์แล้ว ค้นหาภาวะผิดปกติได้รวดเร็วและสามารถแก้ไขได้ทัน⁽⁷⁾

ด้านการจัดอัตรากำลัง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ห้องคลอดบางแห่งใช้อัตรากำลังร่วมกับแผนกฉุกเฉิน หรือใช้การเรียกอัตรากำลังเพิ่มในกรณีที่มีคลอด (on call) ซึ่งเป็นข้อจำกัดของโรงพยาบาลหลายแห่ง มีการประเมินสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง 1-2 ครั้งต่อปี ในช่วงก่อนการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน และผู้มาปฏิบัติงานใหม่ มีการเพิ่มพูนทักษะโดยการฝึกงานที่ห้องคลอดโรงพยาบาลแม่ข่ายทุกปี สอดคล้องกับสภาการพยาบาล⁽⁸⁾ ซึ่งประกาศไว้ในสมรรถนะหลักที่จำเป็นของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีการพัฒนาความรู้ และความชำนาญอย่างสม่ำเสมอ และสอดคล้องกับพิมพ์พันธ์ุ เจริญศรี และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า การพัฒนาสมรรถนะของทีมพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และมีการทบทวนการปฏิบัติงานเมื่อมีปัญหาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราตกลอดหลังคลอดลดลง ไม่พบอุบัติการณ์การตัดมดลูก และอุบัติการณ์มารดาเสียชีวิตจากภาวะตกลอดหลังคลอด

ด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยา และเลือดให้มีพร้อมใช้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีเพียงพอโดยเฉพาะยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในกรณีฉุกเฉิน หลายแห่งจัดทำกล่องยาที่ใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อให้สะดวกต่อการเคลื่อนย้ายไปใช้ทุกสถานที่ โดยมีแนวทางการให้ยาในกรณีฉุกเฉินได้ดำเนินการตามแนวทางการป้องกันการตกลอดหลังคลอด โดยโรงพยาบาลที่ทำการศึกษากทุกแห่ง ได้ใช้แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงและป้องกันการตกลอดหลังคลอดตามรูปแบบ PMMR-Health model และโรงพยาบาลบางแห่งได้นำแนวปฏิบัติที่คล้ายคลึงกันไปปรับให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล

และตามแนวทางของสูติแพทย์ประจำโรงพยาบาล ช่วยให้แพทย์จบใหม่ในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลที่ไม่มีสูติแพทย์ สามารถให้การดูแลเบื้องต้นได้รวดเร็วก่อนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ พลอดฤทธิ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกลอดหลังคลอดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาคลอดตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งคลอด ส่งผลให้มารดาได้รับการดูแลเป็นแนวทางเดียวกัน เกิดความปลอดภัยจากการคลอดและเกิดผลลัพธ์ที่ดี มารดากลุ่มเสี่ยงไม่เกิดภาวะช็อกจากการตกลอดหลังคลอด ไม่ถูกตัดมดลูกและไม่มีมารดาตายจากการตกลอดหลังคลอด

ด้านการคัดกรองและจัดการภาวะเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ทุกรายและทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ มีการใช้ถุงตรวจเลือดกับผู้คลอดร่วมกับการใช้แนวทางการป้องกันการตกลอดหลังคลอดทุกราย ซึ่งช่วยทำให้การประเมินการสูญเสียเลือดได้แม่นยำ และให้การดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วสอดคล้องกับการศึกษาของ ปทุมมา กังวานตระกูล และอ้อยอิน อีนยาศรี⁽¹¹⁾ ที่ทำประเมินการสูญเสียเลือดจากปริมาณ โดยการประเมินการสูญเสียเลือดจากการอ่านค่าจากถุงตรวจเลือดได้แม่นยำและสามารถรายงานแพทย์เพื่อการช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

ด้านการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การให้ให้ความรู้กับหญิงตั้งครรภ์มีการตั้งครรภ์และคลอดรายบุคคลและโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อให้มีความตระหนักและสามารถตัดสินใจเข้ารับบริการได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้เนื่องจากพบว่า การเสียชีวิตมารดาที่เกิดขึ้น เกิดจากการเข้าถึงระบบบริการล่าช้าและเข้าถึงบริการที่ยากลำบาก รวมถึงการได้รับบริการดูแลสุขภาพมารดาที่ไม่เพียงพอ ผู้รับบริการขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์⁽¹²⁾

จากผลการศึกษาที่พบว่า อัตราส่วนมารดาตายใน 2 จังหวัด มีแนวโน้มลดลง โดยจังหวัดที่ 1 ยังคงไม่มีมารดาตาย ส่วนในจังหวัดที่ 2 อัตราส่วนมารดาตาย ลดลงจาก 17.9: 100,000 การเกิดมีชีพ เป็น 10.3: 100,000 การเกิดมีชีพ และสาเหตุที่ทำให้มารดาเสียชีวิต ซึ่งพบเพียง 1 ราย เกิดจากสาเหตุ Hemophagocytic syndrome ซึ่งเป็นโรคเลือดชนิดหนึ่งที่เกิดจากการอักเสบที่รุนแรงทำให้ร่างกายสร้างเม็ดเลือดขึ้นมาเป็นจำนวนมากจนควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูงประมาณ 1-8 สัปดาห์ มีตับ ม้ามและต่อมน้ำเหลืองโตเล็กน้อย เป็นโรคที่แพทย์ทั่วไปรู้จักกันน้อย ดังนั้นเมื่อเกิดโรคทำให้วินิจฉัยได้ช้า เมื่อวินิจฉัยได้มักจะเป็นระยะสุดท้ายของโรคจนไม่สามารถให้การรักษาได้ อัตราการเสียชีวิตสูงประมาณร้อยละ 70.0⁽¹³⁾ การค้นหาและรักษาโรคที่เป็นอยู่ก่อนการตั้งครรภ์โดยทีมสหวิชาชีพ และการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการคัดกรองความเสี่ยงจะช่วยค้นหาความเสี่ยง นำไปสู่วางแผนการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัยได้⁽¹⁴⁾

สรุป

รูปแบบ PMMR-Health Model ซึ่งประกอบด้วย P: Policy การกำหนดนโยบายและมีกลไกการขับเคลื่อนนโยบายอนามัยแม่และเด็กที่เข้มแข็ง M: Man มีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมและบุคลากรมีสมรรถนะและมีระบบการประเมินสมรรถนะในงานอนามัยแม่และเด็ก M: Material การบริหารจัดการเวชภัณฑ์/เลือดให้มีพร้อมใช้ในกรณีฉุกเฉิน Risk management มีการปฏิบัติตามมาตรฐานและมีระบบจัดการภาวะเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ และ Health: Health communication การสื่อสารความรู้และความเสี่ยงที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่เหมาะสมตามบริบท ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อเสนอและมาตรการลดปัญหาการตายของระดับประเทศ⁽¹⁵⁾ ทั้งนี้แนวทางของ PMMR-Health model มีรายละเอียดมาตรการที่ครอบคลุมในทุกประเด็น ทำให้ผู้ปฏิบัติมั่นใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม

จะพบว่าโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางในรูปแบบทั้งหมด แต่ได้นำส่วนที่คล้ายคลึงกันไปปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและบริบทของสูติแพทย์ โดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ การจัดระบบบริการที่เน้น Early detection & Early Intervention & Early Refer เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลตามมาตรฐานสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีสูติแพทย์ ทั้งนี้แนวปฏิบัติในรูปแบบ PMMR-Health model จะช่วยสร้างความมั่นใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของผู้ปฏิบัติงานได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการวิจัยประเมินผลในระยะยาวเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น ๆ เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกันทั้งในสังกัดของรัฐและเอกชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, World Bank, United Nations Population Fund & United Nations Children's Fund (UNICEF). Trends in maternal mortality: 1990 to 2010: WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: World Health Organization; 2012.
2. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health 2014;2(6):e323-33.
3. สราวุฒิ บุญสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดอัตราส่วนมารดา. ใน: ภูวเดช สุระโคตร, บรรณาธิการ. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข; 2560. หน้า 32-36.
4. มลลิส แสนใจ. รายงานการสรุปผลงานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2557. อุบลราชธานี: ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี; 2557.
5. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. สุขภาพมารดา. ใน: ชื่นฤทัย กาญจนะจิตตรา, บรรณาธิการ. สุขภาพคนไทย 2560. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560. หน้า 82-3.

6. อำนาจ วัดจินดา. McKinsey 7-S Framework แนวคิดปัจจัย 7 ประการในการประเมินองค์การ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 13 พ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.gracezone.org/>
7. เอื้อมพร ราชภูติ, จันทรัตน์ เจริญสันติ, กรรณิการ์ กันธะ-รักษา. การวิเคราะห์สถานการณ์การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลระนอง. พยาบาลสาร 2554;38(3):20-9.
8. สภาการพยาบาล. สมรรถนะหลักที่จำเป็นของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://110.164.68.234/nurse_/files/ethics04.pdf
9. พิมพ์พันธ์ เจริญศรี, วาสนา สารการ, บาลิยา ไชยรา. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในโรงพยาบาลสรรพสิทธิ-ประสงค์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 3(3):48-57.
10. ลัดดาวัลย์ ปลอดภัย, สุชาตา วิภวกันต์, อารี กิ่งเล็ก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่าย-วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559; 3(3):127-41.
11. ปทุมมา กังวานตระกูล, อ้อยอิน อินยาศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุตรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพฯ 2560; 33(2):121-34.
12. Onah HE, Okaro JM, Umeh U, Chigbu CO. Maternal mortality in health institutions with emergency obstetric care facilities in Enugu State, Nigeria. J Obstet Gynaecol 2005;25(6):569-74.
13. ถนอมศรี ศรีชัยกุล, สมพันธ์ บุญยคุปต์, วิเชียร มงคลศรี-ตระกูล, สุวรรณิ จิตตภักดีบัณฑิต. Hemaphagocytic syn- drome: an analysis of 7 cases and the literatures review. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต 2547; 14(4):263-80.
14. Khlat M, Ronsmans C. Deaths attributable to childbear- ing in Matlab, Bangladesh: indirect causes of maternal mortality questioned. Am J Epidemiology 2000;151(3): 300-6.
15. กรมอนามัย. การลดการป่วยและตายของมารดาและทารก [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 ก.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor//files/5_1_170862.pdf

Abstract: Effects of the Use of PMMR-Health Model for Reducing Maternal Deaths in Health Region 10, Thailand

Malulee Saenjai, M.S (Epidemiology); Wipawadee Pipatkul, M.N.S (Advanced Midwifery)

Office of Regional Health Promotion Center 10, Department of Health, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(Suppl 2):S242-S255.

The aims of this action research were to study the factors related to maternal death, develop model and study of results using the PMMR-Health Model for reducing maternal death in the Public Health Region 10. It was conducted during October 2016 - March 2019. The sample consisted of experts and persons responsible for maternal and child health, selected by the purposive sampling technique. Investigation of maternal death form, interview form, group discussion form and opinion questionnaire was constructed and used as tool for data collection; and the data were analyzed by using descriptive statistics and content analysis. The study found that the factors related to maternal death problems include unclear policy, personnel lack skills, Inappropriate referral systems, pregnant women lack awareness of antenatal care such as late initiation of antenatal care, incomplete adherence to antenatal visit and teenage pregnancy. The PMMR-Health Model was developed to reduce maternal death, which consists of 5 components: (1) P: Policy, policy and implementation (2) M: Man, competency criteria and evaluating competency (3) M: Material, equipment, medication and blood are ready for Immediate (4) R: Risk management, screening and risk management (5) Health: Health communication, educating pregnant women and their families. Applying the model for reducing maternal mortality in 2 areas revealed that the ratio of maternal mortality tended to decrease, in which no maternal death in one province and reduction of maternal mortality in another province. In addition, the PMMR-Health model was consistent with national policy on reducing maternal death; and the model could be make the practitioners fell confident in the care and risk management in pregnant women, especially in hospitals without an obstetrician. However, long-term research and evaluation should be conducted in comparison with other areas in order to obtain a suitable model for the areas with different contexts in the public and private sectors.

Keywords: maternal death; risk factors; model development