



กรมอนามัย
Department of Health

แนวทางการดำเนินงาน

ระบบดูแลการคลอด แบบเครือข่าย อย่างมีมาตรฐาน ในระดับจังหวัด

"One Province One Labor (OPOL)"



กลุ่มอนามัยมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
88/22 ม.4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง
จ.นนทบุรี 11000 ☎ 02-590-4438

แนวทางการดำเนินงานระบบดูแลการคลอด แบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL)

ที่ปรึกษา

แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์
แพทย์หญิงนงนุช ภัทรอนันตนาพ
นายแพทย์สุจิต คุณประดิษฐ์
นายแพทย์ชวมัย สืบนุการณ์

อธิบดีกรมอนามัย
รองอธิบดีกรมอนามัย
อาจารย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์

คณะผู้เชี่ยวชาญ

นายแพทย์นุกูล ปุ๋ยสูงเนิน
รศ.(พิเศษ) แพทย์หญิงเด่นนพพร สุดใจ
นายแพทย์ปฏิวัติ วงศ์งาม
นายแพทย์อังคาร ตรีนิติ
นายแพทย์พงษ์สันต์ พันระไชย
แพทย์หญิงเพชรดา อุบลศรี
แพทย์หญิงพีระนันท์ แก้วสุกใส
แพทย์หญิงกนกพร บุตรमारศรี
แพทย์หญิงสิฏฐินิดา กิตติศิริวัฒนกุล
นางสาวฉวีวรรณ ต้นพุดซา

รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี
โรงพยาบาลสุรินทร์
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
โรงพยาบาลสงขลา
โรงพยาบาลมหาสารคาม
กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ
สำนักส่งเสริมสุขภาพ

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ

ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางวรรณชนก ลีมีจรรย์
นางสาวเบญจพร กุศลปฏิการ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ
สำนักส่งเสริมสุขภาพ

ISBN : 978-616-11-5679-4
จำนวนหน้า : 64 หน้า
จัดทำโดย : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
พิมพ์ที่ : บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด



คำนำ



แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์
อธิบดีกรมอนามัย

การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กเป็นภารกิจเชิงยุทธศาสตร์ของประเทศ เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพระบบสุขภาพ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ และความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในระยะคลอดและหลังคลอดระยะแรก ซึ่งเป็นช่วงวิกฤติที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก การยกระดับคุณภาพการดูแลในช่วงดังกล่าวจึงเป็นหัวใจสำคัญของการลดการตายจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ แม้ประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าในการลดอัตราการตายมารดาและทารกลงได้อย่างต่อเนื่อง จนอยู่ในระดับที่ดีกว่าเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนในระดับสากล (SDGs) แต่การติดตามสถานการณ์ยังพบความท้าทายเชิงระบบที่สำคัญ อาทิ ความแตกต่างด้านศักยภาพของหน่วยบริการ ความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ความล่าช้าในการส่งต่อ และการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลในห้องคลอดของแต่ละพื้นที่ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของมารดาและทารก

กรมอนามัยจึงได้พัฒนาแนวทางการดำเนินงาน ระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL) เพื่อเป็นกลไกเชิงนโยบายในการยกระดับระบบบริการเชิงโครงสร้างระดับจังหวัด ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เชื่อมโยงการทำงานเป็นเครือข่ายสอดคล้องกับแนวคิด Networks of Care และแนวทาง Emergency Obstetric and Newborn Care (EmONC) ขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และทันท่วงที

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน OPOL ฉบับนี้ จัดทำขึ้นจากการสังเคราะห์นโยบาย หลักฐานเชิงประจักษ์ และบทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบ เพื่อเป็นกรอบเชิงปฏิบัติในการขับเคลื่อนระบบบริการคลอดอย่างเป็นรูปธรรม อันจะนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยั่งยืน



คำกล่าวขอบคุณ

การจัดทำคู่มือ แนวทางการดำเนินงานระบบดูแลการคลอดแบบ
เครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor
(OPOL) สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือ ความทุ่มเท และความมุ่งมั่น
ของทุกภาคส่วนที่มีเป้าหมายร่วมกันในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัย
ของการดูแลมารดาและทารกแรกเกิดของประเทศไทย

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ และคณะทำงาน
จากกลุ่มอนามัยมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพทุกท่าน ที่ทำหน้าที่เป็นกลไก
หลักในการประสานงาน สืบเคราะห์องค์ความรู้ วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำ
ข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ จนสามารถพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน
ระบบ OPOL ให้มีความชัดเจน สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพ
ไทย และพร้อมสำหรับการนำไปใช้ในระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ และคณะกรรมการ
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมถึงผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล
และบุคลากรสาธารณสุขจากหน่วยบริการทุกระดับ ที่ได้ร่วมให้คำปรึกษา
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และถ่ายทอดบทเรียนจากการปฏิบัติงานจริงซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการยกระดับคุณภาพ
และความเหมาะสมของเนื้อหาแนวทาง OPOL

ความร่วมมือของคณะทำงานทุกท่านในครั้งนี้ สะท้อนถึงพลังของการทำงานแบบบูรณาการ และการเป็น
หุ้นส่วนทางวิชาการและการปฏิบัติ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก
ให้มีความเข้มแข็ง ยั่งยืน และเท่าเทียม



แพทย์หญิงนงนุช ภัทรอนันต์ตนพ
รองอธิบดีกรมอนามัย



กรมอนามัย ขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง และเชื่อมั่นว่า
คู่มือฉบับนี้จะเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลการคลอด
ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม อันจะนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อน
ของมารดาและทารก ตลอดจนเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ
ของสังคมไทยอย่างยั่งยืน

สารบัญ

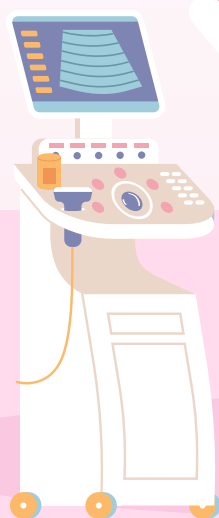
หน้า

บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)	1
บทบาทผู้บริหารระดับจังหวัดในการขับเคลื่อน One Province One Labor (OPOL)	3
ส่วนที่ 1 : ความสำคัญและกรอบแนวคิด One Province One Labor (OPOL)	
1.1 ความสำคัญ	4
1.2 ที่มาและความสำคัญ	5
1.3 สถานการณ์แม่และเด็กประเทศไทย	6
1.4 วัตถุประสงค์ของแนวทาง	9
1.5 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	9
1.6 กรอบแนวคิดระบบการดูแลการคลอดแบบเครือข่ายของประเทศไทย One Province One Labor (OPOL)	10
ส่วนที่ 2 : องค์ประกอบ One Province One Labor (OPOL)	
2.1 กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (WHO Health System Building Blocks)	12
2.2 หลักการสำคัญของ One Province One Labor (OPOL)	15
2.3 องค์ประกอบ One Province One Labor (OPOL)	15
ส่วนที่ 3 : ระบบเครือข่ายจังหวัด	
3.1 ระบบเครือข่ายจังหวัด (Provincial Service Network System)	21
3.2 กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน	23
3.3 การสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังการคลอดแบบเครือข่ายด้วยมาตรฐานเดียวกัน ทั้งจังหวัด	25
3.4 บทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในแต่ละระดับ	26
3.5 การดำเนินงาน One Province One Labor (OPOL) ในชุมชน	27
3.6 การบริหารความเสี่ยงเชิงระบบ (System-Level Risk Management)	29
3.7 การประชุมและนิเทศจังหวัด (Provincial Meetings & Supervision)	30
ส่วนที่ 4 : การเฝ้าระวัง วิเคราะห์ และตอบสนองเชิงระบบ (Surveillance And Response) ภายใต้ One Province One Labor (OPOL)	
4.1 Maternal Death Surveillance And Response (MDSR)	31
4.2 Perinatal Death Review (การทบทวนการเสียชีวิตทารกแรกเกิดและทารกในครรภ์)	32
4.3 Near-Miss Review (ทบทวนภาวะวิกฤติที่รอดชีวิต)	32
4.4 Quality Improvement (PDSA Model)	33

สารบัญ

หน้า

เอกสารอ้างอิง (REFERENCES)		33
ภาคผนวก		
ภาคผนวก ก	แบบทบทวนองค์ประกอบระบบ One Province One Labor (OPOL)	34
ภาคผนวก ข	4-P Strategy & One Province One Labor Room	37
ภาคผนวก ค	ตัวอย่างกระบวนการจัดการบริการแบบ One Province One Labor (OPOL)	48
ภาคผนวก ง	การเปรียบเทียบระบบและกลไกการดำเนินงานระบบ One Province One Labor (OPOL) ประเทศไทยกับต่างประเทศ	54
ภาคผนวก จ	ผลตอบรับการดำเนินงานโครงการ One Province One Labor (OPOL)	56
ภาคผนวก ฉ	แนวทางการสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังการคลอดแบบเครือข่ายด้วยมาตรฐานเดียวกันผ่าน ระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL)	57



บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)



แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ

ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพและคณะ

การดูแลสุขภาพมารดาและทารกเป็นภารกิจสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย เนื่องจากสะท้อนถึงคุณภาพระบบบริการสุขภาพ ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ และศักยภาพการพัฒนาประเทศในระยะยาว แม้ประเทศไทยจะสามารถลดอัตราการตายมารดาและทารกให้อยู่ในระดับที่ดีกว่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ในระดับสากล แต่ยังคงมีความท้าทายเชิงระบบ โดยเฉพาะในระยะคลอดและหลังคลอดระยะแรก ซึ่งเป็นช่วงวิกฤติที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกแรกเกิด

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังและทบทวนการตายมารดาและทารกชี้ให้เห็นว่า การเสียชีวิตจำนวนหนึ่งยังมีความเกี่ยวข้องกับช่องว่างของระบบบริการ เช่น การประเมินความเสี่ยงที่ไม่ครบถ้วน ความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ การสื่อสารทางคลินิกที่ไม่เป็นระบบ และความล่าช้าในการส่งต่อ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงได้ หากมีการจัดระบบบริการคลอดที่มีมาตรฐานเดียวกัน และทำงานเชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพทั้งจังหวัด

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จึงได้พัฒนาแนวทางการดำเนินงาน ระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL) ขึ้น เพื่อเป็นกลไกเชิงระบบในการดำเนินงานระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด โดยเป้าหมายให้หน่วยบริการทุกระดับในจังหวัดใช้มาตรฐานการดูแลเดียวกัน เชื่อมโยงการทำงานผ่านระบบการสื่อสารการให้คำปรึกษาทางคลินิกแบบ real-time และระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ ภายใต้โครงสร้างเครือข่าย Hub-Node-Spoke ซึ่งมีโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางด้านความเชี่ยวชาญและการกำกับคุณภาพ



แนวทางการดำเนินงานระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL)

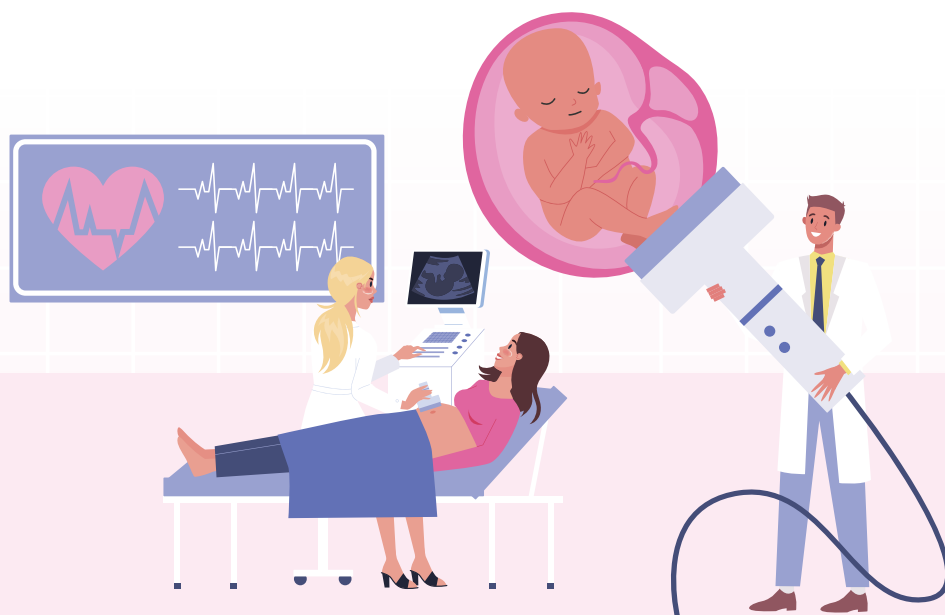
แนวทางฉบับนี้ ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับผู้บริหารระดับจังหวัด คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้นำไปดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุมตั้งแต่กรอบแนวคิดเชิงนโยบาย โครงสร้างเครือข่าย บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการแต่ละระดับ

สาระสำคัญของคู่มือฉบับนี้ มุ่งเน้นการยกระดับระบบบริการคลอดใน 6 มิติหลัก ได้แก่

1. ความพร้อมของหน่วยบริการและการบริหารจัดการทรัพยากรแบบเครือข่าย
2. ระบบการประเมินและจัดการความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และหญิงคลอดอย่างต่อเนื่อง
3. การติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์ห้องคลอดรายวันในระดับจังหวัด
4. ระบบให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางคลินิกตลอด 24 ชั่วโมง
5. ระบบการปรึกษาดูแลร่วมกับอายุรกรรม มีระบบ Fast track to LR OR ICU สามารถส่งต่อแบบไร้รอยต่อที่รวดเร็วและปลอดภัย
6. การกำกับ ติดตาม และพัฒนาคุณภาพภายใต้หลักธรรมาภิบาล

การดำเนินงานตามแนวทาง OPOL คาดว่าจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพการดูแลการคลอด เพิ่มความรวดเร็วและแม่นยำในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ลดการตายและความพิการของมารดาและทารกจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ เสริมสร้างศักยภาพและความมั่นใจของบุคลากรสาธารณสุขในทุกระดับบริการตลอดจนเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ด้านอนามัยแม่และเด็กของประเทศ และรักษาความก้าวหน้าด้านสุขภาพแม่และเด็กของประเทศไทยในระดับสากล

สำนักส่งเสริมสุขภาพหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือ OPOL ฉบับนี้ จะช่วยให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เห็นภาพรวมของนโยบายและทิศทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละจังหวัด และร่วมกันขับเคลื่อนระบบการดูแลการคลอดของประเทศไทยให้มีคุณภาพ ปลอดภัย และเท่าเทียมสำหรับหญิงตั้งครรภ์และทารกทุกคนบนแผ่นดินไทย



บทบาทผู้บริหาร ระดับจังหวัดในการขับเคลื่อน One Province One Labor (OPOL)

การขับเคลื่อนแนวทางการดำเนินงาน ระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL) ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม จำเป็นต้องอาศัยบทบาทนำของผู้บริหารระดับจังหวัด ในฐานะผู้นำเชิงระบบ (System Leader) ที่สามารถแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ และสร้างความเป็นเจ้าของระบบบริการ คลอดร่วมกันทั้งจังหวัด ผู้บริหารระดับจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทาง บูรณาการทรัพยากร และกำกับ ติดตามการดำเนินงาน OPOL ให้สอดคล้องกับเป้าหมายด้านอนามัยแม่และเด็กของประเทศ

ประการแรก ผู้บริหารระดับจังหวัดมีบทบาทด้านการกำหนดนโยบายและทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ โดยการยกระดับ OPOL ให้เป็นวาระสำคัญด้านสุขภาพของจังหวัด ผ่านการบรรจุไว้ในแผนพัฒนาจังหวัดและแผนปฏิบัติ ราชการประจำปี เพื่อสร้างความชัดเจนของทิศทางและความต่อเนื่องของการดำเนินงาน พร้อมทั้งสื่อสารนโยบาย ให้หน่วยบริการทุกระดับมีความเข้าใจเป้าหมายร่วมกัน ในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลการคลอด

ประการที่สอง ผู้บริหารระดับจังหวัดทำหน้าที่กำกับธรรมาภิบาลและบริหารจัดการเครือข่ายบริการคลอด โดยสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด และคณะกรรมการ (MCH Board) พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ให้ทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน OPOL ภายใต้โครงสร้างเครือข่าย Hub-Node-Spoke ที่มีบทบาทหน้าที่ชัดเจนและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ

ประการที่สาม ผู้บริหารระดับจังหวัดมีบทบาทด้านการบูรณาการทรัพยากรและการสนับสนุนการดำเนินงาน โดยจัดสรรบุคลากร งบประมาณ และอุปกรณ์ให้สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงและภาระงานของพื้นที่ รวมถึงประสาน ความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย เพื่อเสริมสร้างความพร้อมของระบบส่งต่อและการจัดการ ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมอย่างทันทั่วถึง

ประการที่สี่ ผู้บริหารระดับจังหวัดมีบทบาทด้านการกำกับคุณภาพและความปลอดภัยของบริการ ผ่านการใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง การทบทวนการตายมารดาและทารก และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อปรับปรุงระบบบริการ อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งส่งเสริม วัฒนธรรมความปลอดภัย การเรียนรู้จากความผิดพลาดโดยไม่มุ่งโทษบุคคล

ประการสุดท้าย ผู้บริหารระดับจังหวัดมีบทบาทด้านการติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ของระบบ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐาน ในการตัดสินใจ และส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนบทเรียนและพัฒนา นวัตกรรมเชิงระบบภายในจังหวัด เพื่อให้ OPOL เป็นกระบวนการ พัฒนาระบบบริการคลอดที่ยั่งยืน

โดยสรุป ผู้บริหารระดับจังหวัดเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน OPOL จากนโยบายสู่การปฏิบัติจริง ผ่านการนำเชิงยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการเครือข่าย และการกำกับคุณภาพ เพื่อสร้างระบบการดูแลการ คลอดที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และเท่าเทียมสำหรับหญิงตั้งครรภ์และทารก ทุกคนในจังหวัด



นายแพทย์ชวมัย สืบบุญธรรม
ประธานคณะกรรมการพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติ-นรีเวชกรรม



ส่วนที่ 1

ความสำคัญและกรอบแนวคิด One Province One Labor (OPOL)

1.1 ความสำคัญ

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพด้านการเจริญพันธุ์ มารดา ทารกแรกเกิด เด็ก และวัยรุ่น เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นรากฐานของการพัฒนาทุนมนุษย์ ความมั่นคงด้านสุขภาพ และการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนในระยะยาว การดำเนินงานดังกล่าวสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 ซึ่งมุ่งลดอัตราการเสียชีวิตมารดาให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และลดการเสียชีวิตทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญ

แม้ประเทศไทยจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตมารดาและทารกให้ต่ำกว่าเกณฑ์ SDGs ได้อย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อพิจารณาแนวโน้มในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า อัตราส่วนการตายมารดายังไม่ลดลงอย่างสม่ำเสมอ และมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่อย่างชัดเจน หลายจังหวัดยังคงเผชิญกับการเสียชีวิตจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ อาทิ ภาวะฉุฉุนทางสูติกรรม การส่งต่อที่ล่าช้า ความพร้อมของบุคลากรที่แตกต่างกัน และความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพห้องคลอดระหว่างระดับของสถานบริการ สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับภาพรวมของภูมิภาคอาเซียน

ซึ่งยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการลดการตายมารดาและทารก ตามกรอบ SDGs และแนวทางองค์การอนามัยโลก ได้อย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้หลายประเทศรวมถึงประเทศไทย จำเป็นต้องเร่งพัฒนาระบบบริการคลอดที่มีมาตรฐานเดียวกันทั้งพื้นที่ และเสริมสร้างกลไกเครือข่ายบริการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดสากลขององค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนวคิด “**Networks of Care**” เป็นกรอบการจัดระบบบริการสุขภาพแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงสถานบริการทุกระดับเข้าด้วยกัน เพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ และมีคุณภาพสม่ำเสมอ แนวคิดดังกล่าวเน้นการจัดระบบบริการในลักษณะเครือข่าย โดยมีสถานบริการที่มีความเชี่ยวชาญสูงเป็นศูนย์กลาง (Hub) เชื่อมโยงกับสถานบริการระดับรองและระดับปฐมภูมิ ผ่านระบบส่งต่อ การปรึกษาทางคลินิกแบบเรียลไทม์ และมาตรฐานการดูแลเดียวกันทั้งเครือข่าย หลักฐานเชิงประจักษ์จากหลายประเทศชี้ให้เห็นว่า Networks of Care สามารถลดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ เพิ่มโอกาสรอดชีวิตของมารดา ทารก

การประยุกต์แนวคิด Networks of Care สู่บริบทประเทศไทยนั้น กรมอนามัยนำแนวคิดมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพ ผ่านการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน ระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL) ซึ่งมุ่งจัดระบบบริการคลอดในลักษณะ เครือข่ายห้องคลอดมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด โดยมีโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปเป็นศูนย์กลางด้านความเชี่ยวชาญ เชื่อมโยงโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งด้วยระบบสื่อสาร การปรึกษา และกลไกการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ จากประสบการณ์จากหลายจังหวัด เช่น สุรินทร์ ปทุมธานี กาญจนบุรี และเชียงใหม่ แสดงให้เห็นว่า **การจัดระบบห้องคลอดแบบเครือข่ายช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และลดการเสียชีวิตจากสาเหตุทางตรงอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังช่วยเสริมความมั่นใจและศักยภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน ให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นได้อย่างทันท่วงที**

1.2 ที่มาและความสำคัญ



การดูแลสุขภาพแม่และเด็กเป็นภารกิจหลักของระบบสาธารณสุข เนื่องจากสะท้อนถึงคุณภาพบริการ ความมั่นคงของระบบสุขภาพ และศักยภาพการพัฒนาประเทศ องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญต่ออัตราการตายมารดาและทารก ในฐานะตัวชี้วัดหลักของคุณภาพระบบสุขภาพ และเป็นดัชนีสำคัญภายใต้เป้าหมาย SDGs 3.1 และ 3.2 ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ให้มีอัตราการตายมารดาไม่เกิน 14 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2569 อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังและการทบทวนการตายมารดา (MDSR) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตจำนวนมากยังคงเกี่ยวข้องกับปัญหาในระบบบริการและห้องคลอด เช่น การประเมินความเสี่ยงไม่ครบถ้วน ความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ การสื่อสารทางคลินิกที่ไม่เป็นระบบ และความล่าช้าในการส่งต่อ ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ พบว่า ร้อยละ 35-55 ของการเสียชีวิตมารดาเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านระบบบริการ ซึ่งสามารถป้องกันลดความเสี่ยงได้ หากมีการจัดระบบห้องคลอดที่เข้มแข็ง มีมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด

บริบทและข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพไทยคือ ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วยสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งมีศักยภาพแตกต่างกันด้านบุคลากร ความพร้อมของห้องคลอด ห้องผ่าตัด คลังเลือด และระบบกู้ชีพ ปัจจุบันพบแนวโน้มหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่โรงพยาบาลขนาดใหญ่เพิ่มขึ้น ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีการคลอดลดลง ส่งผลให้ทักษะและประสบการณ์ของบุคลากรลดลงตามไปด้วย ในขณะเดียวกัน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีการะงานสูงและเสี่ยงต่อความแออัด ข้อจำกัดดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดระบบบริการคลอดแบบเครือข่าย เพื่อใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ และเสริมศักยภาพของทุกระดับบริการ

“กรมอนามัยเชื่อมั่นว่า คู่มือแนวทางการดำเนินงาน ระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL) ฉบับนี้ จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับระบบบริการคลอดของประเทศไทยให้มีมาตรฐานและคุณภาพสูง สามารถลดการเสียชีวิตมารดาและทารกจากสาเหตุที่ป้องกันได้อย่างยั่งยืน และเสริมสร้างบทบาทของประเทศไทย ในการเป็นผู้นำด้านอนามัยแม่และเด็กในภูมิภาคอาเซียน”

1.3 สถานการณ์แม่และเด็กประเทศไทย

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะสามารถลดอัตราการตายมารดา การเสียชีวิตของทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จนบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) แล้ว แต่ในภาพรวมของภูมิภาคอาเซียน ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้อย่างสมบูรณ์ ขณะเดียวกัน ในระดับประเทศ ประเทศไทยยังคงเผชิญกับความท้าทายเชิงระบบที่สำคัญหลายประการ ได้แก่



- แนวโน้มอัตราการตายมารดาและทารก มีลักษณะทรงตัวและไม่ลดลงอย่างชัดเจนตามที่คาดหวัง
- ประเทศไทยยังไม่สามารถลดอัตราการตายมารดาให้ต่ำกว่าค่าเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ภายในประเทศที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกิน 14 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2569
- การเสียชีวิตของมารดาและทารกจำนวนหนึ่งยังคงเกิดจากปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การส่งต่อที่ไม่ทันท่วงที และการเฝ้าระวังหญิงรอคลอดที่ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กของประเทศไทยยังจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ทั้งในเชิงระบบบริหารจัดการและเชิงบริการ โดยเฉพาะใน **ช่วงวิกฤติ** ของวงจรชีวิตมารดาและทารก ได้แก่ **ระยะคลอด และระยะหลังคลอดระยะแรก** ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตและความพิการ ของทั้งมารดาและทารกแรกเกิด

ข้อมูลจากระบบการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ชี้ให้เห็นว่าการเสียชีวิตของมารดาจำนวนมากมีความเกี่ยวข้องกับช่องว่างของระบบบริการ โดยเฉพาะในระดับห้องคลอดและการส่งต่อ **ดังแสดงในตารางที่ 1**

ตารางที่ 1 ปัญหาและช่องว่างของระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตมารดา

ปัญหา/สาเหตุ	ลักษณะของปัญหา	ผลกระทบต่อ การตายมารดา	ความเชื่อมโยง กับ OPOL
การประเมิน ความเสี่ยงไม่ครบถ้วน	ไม่จำแนกความเสี่ยง ANC หรือ intrapartum อย่างถูกต้อง, ขาดการประเมินความเสี่ยง ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ, ขาดข้อมูลความเสี่ยงหญิง ตั้งครรภ์ทุกราย (ควรจัด High risk conference) รายเดือน	การจัดการล่าช้า	กำหนดเกณฑ์จำแนก ความเสี่ยงเดียวกันทั้งจังหวัด
ความพร้อม บุคลากรไม่เพียงพอ	รพช. ขาดแพทย์เวร/ ประสบการณ์จำกัด	ฉุกเฉินไม่ได้รับ การจัดการทันที	Node ให้คำปรึกษา แบบ real-time
อุปกรณ์ ทางการแพทย์ไม่ครบ	ขาด PPH bundle, infusion pump	เพิ่ม severe morbidity	กำหนดมาตรฐานอุปกรณ์ ขั้นต่ำทุกห้องคลอด
ความล่าช้าในการส่งต่อ	EMS ล่าช้า เตรียมผู้ป่วย ไม่พร้อม ขาดการดูแลร่วม ระหว่างสูติแพทย์ - อายุรแพทย์	เพิ่มอัตราตายและพิการ	พัฒนา Fast-track referral
การสื่อสาร ทางคลินิกไม่เป็นระบบ	รายงานข้อมูลไม่ครบ	ตัดสินใจผิดพลาด	Tele-consult แบบ two-way
ขาดระบบ monitoring	Node ไม่ทราบสถานะผู้ป่วย ใน รพช.	ไม่สามารถป้องกันเหตุ รุนแรง	ระบบ monitoring หญิงรอคลอดทั้งจังหวัด

จากการทบทวนสถานการณ์ หลักฐานเชิงประจักษ์ และบทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบ กรมอนามัยจึงกำหนดให้ระบบ OPOL เป็น “มาตรการหลักระดับประเทศ” ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็นต้นไป เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลการคลอดของทุกจังหวัดให้มีมาตรฐานเดียวกัน ระบบ OPOL มุ่งเน้นการลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพการดูแลการคลอด การสร้างเครือข่ายห้องคลอดแบบ Hub–Node–Spoke การลดความล่าช้าในระบบบริการ (Delay 3) การเสริมศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน และการพัฒนาระบบสื่อสารและส่งต่อแบบเรียลไทม์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทาง Networks of Care และ Emergency Obstetric and Newborn Care (EmONC) ขององค์การอนามัยโลก

หัวใจสำคัญของระบบ OPOL

คือ การมีโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการกำกับดูแลทางคลินิกแบบ real-time ตลอด 24 ชั่วโมง เชื่อมโยงโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งผ่านระบบสื่อสาร การปรึกษาทางคลินิก และระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ การดำเนินงานตามแนวทาง OPOL คาดว่าจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการ เพิ่มโอกาสรอดชีวิตของมารดาและทารก และยกระดับคุณภาพระบบอนามัยแม่และเด็กของประเทศอย่างยั่งยืน



การกำหนด OPOL เป็นมาตรการหลักของประเทศ จะช่วยให้ช่วงเวลาก่อนคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการตายและความพิการของมารดาและทารก ได้รับการดูแลในห้องคลอดอย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา การที่หน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัดใช้มาตรฐานห้องคลอดเดียวกัน จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีโอกาสได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียม ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์จากพื้นที่ต้นแบบทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงหลายจังหวัดของประเทศไทย ที่นำแนวคิด OPOL ไปประยุกต์ใช้ พบว่า สามารถลดการเสียชีวิตจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ เพิ่มคุณภาพการดูแลในห้องคลอด และเสริมสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนอย่างชัดเจน ดังนั้น ระบบ OPOL จึงเป็นการยกระดับจาก “โครงการเฉพาะพื้นที่” ไปสู่ “กลไกเชิงระบบระดับจังหวัด” ที่มุ่งสร้างมาตรฐานการดูแลการคลอดเดียวกันทั้งจังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อ

1. ลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพการดูแลการคลอด
2. สร้างเครือข่ายห้องคลอดแบบ Hub–Node–Spoke ในการเฝ้าระวังการตายมารดาและทารก
3. ลดความล่าช้าในระบบบริการ (Delay 3) เสริมศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน และเพิ่มประสิทธิภาพระบบส่งต่อ และข้อมูลแบบ real time

การกำหนดให้ระบบ OPOL เป็นมาตรการหลักระดับประเทศ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็นต้นไป จึงเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับระบบบริการคลอดของประเทศไทยให้มีมาตรฐานและคุณภาพสูง สามารถลดการตายมารดาและทารกจากสาเหตุที่ป้องกันได้อย่างยั่งยืน และสนับสนุนประเทศไทยให้เป็นผู้นำด้านอนามัยแม่และเด็กในภูมิภาคอาเซียน

1.4 วัตถุประสงค์ของแนวทาง

แนวทางการดำเนินงาน ระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One (OPOL) มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1

เป็นแนวทางเชิงปฏิบัติสำหรับจังหวัด ในการจัดระบบ OPOL อย่างเป็นรูปธรรม

2

กำหนดบทบาท หน้าที่ และกลไกการทำงาน ของหน่วยบริการทุกระดับ

3

ส่งเสริมการดูแลการคลอดที่มีคุณภาพ ปลอดภัย รวดเร็ว และไร้รอยต่อ

4

สนับสนุนการลดอัตราการตาย และภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก

1.5 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เมื่อมีการนำแนวทางฉบับนี้ไปประยุกต์ใช้ในระดับพื้นที่อย่างจริงจัง คาดว่าจะเกิดผลลัพธ์สำคัญ ดังนี้

1

ระบบการดูแลการคลอดในแต่ละจังหวัดมีความเป็นเอกภาพ

มีมาตรฐานเดียวกันและเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย ทั้งในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

2

หญิงตั้งครรภ์ทุกคนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพต่อเนื่อง

ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด โดยได้รับบริการจากทีมสหสาขา ที่มีความเชี่ยวชาญตามระดับความรุนแรงของภาวะ

3

ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างการตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด

รวมถึงการเสียชีวิตของมารดาและทารกจากสาเหตุที่ป้องกันได้ มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

4

บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ มีความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ

ในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม และสามารถ ทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่ายได้อย่างเข้มแข็ง

5

ประเทศไทยมีระบบการเฝ้าระวังและลดการตาย

มารดาและทารก

ที่เข้มแข็งยิ่งขึ้น สามารถรักษาระดับการบรรลุเป้าหมาย SDGs และก้าวสู่การเป็นผู้นำด้านอนามัยแม่และเด็กในภูมิภาคอาเซียน ได้อย่างภาคภูมิใจ



กรมอนามัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางฉบับนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลการคลอดแบบเครือข่ายในทุกจังหวัด ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำแนวคิด มาตรการ และแนวปฏิบัติที่ระบุไว้ ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และร่วมกันขับเคลื่อนให้ประเทศไทยก้าวสู่สังคมที่ปลอดภัยสำหรับมารดาและทารกอย่างแท้จริง

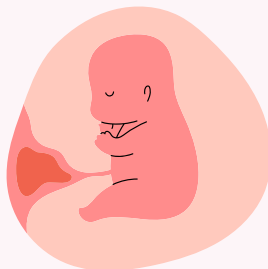
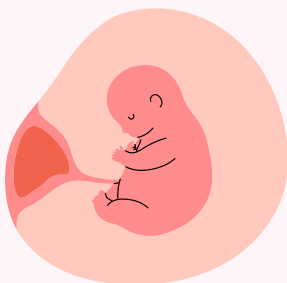
1.6 กรอบแนวคิดระบบการดูแลการคลอดแบบเครือข่ายของประเทศไทย One Province One Labor (OPOL)

การพัฒนาาระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL) เป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็กของประเทศไทย ให้มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการ ได้รับการออกแบบบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์จากบริบทประเทศไทย ผสานกับแนวทางสากลขององค์การอนามัยโลก และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ที่มุ่งเน้นระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กที่มีความเป็นธรรม เข้าถึงได้ง่าย และมีคุณภาพสูง

ระบบ OPOL ของประเทศไทยมีความสอดคล้องกับแนวคิด Networks of Care (พ.ศ. 2565) ของ WHO ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ทำงานร่วมกันอย่างเป็นเครือข่าย โดยยึดหลักสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ Connectivity, Collaboration, Coordination, Communication และ Continuity ซึ่งระบบ OPOL ของประเทศไทยมีโครงสร้างและกลไกที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวอย่างชัดเจน โดยเฉพาะ



1. ระบบการสื่อสารและการปรึกษาทางคลินิกแบบ real-time ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กับโรงพยาบาลชุมชน
2. ระบบติดตามเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์และหญิงรอคลอดในโรงพยาบาลชุมชน (Monitoring system)
3. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านสูติกรรมและทารกแรกเกิด (EmONC)



นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับแนวคิด Quality – Equity – Dignity (QED) ของ UNFPA ที่เน้นหลักการสำคัญ 3 ประการ ในการจัดบริการอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่

1. **Equity** การเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม
2. **Quality** การให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล
3. **Dignity** การให้บริการด้วยความเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้รับบริการ

ระบบ OPOL ส่งเสริมหลักการดังกล่าวผ่านการกำหนดให้สถานบริการทุกแห่งในจังหวัด ใช้มาตรฐานการดูแลการคลอดเดียวกัน ได้รับการสนับสนุนและกำกับดูแลทางคลินิกจากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีกลไกระบบส่งต่อที่รวดเร็วและลดความล่าช้า ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเสียชีวิตมารดาและทารก



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิด OPOL เพื่อความเป็นเลิศด้านความปลอดภัยแม่และเด็กในห้องคลอด

ขอบเขตของคู่มือ คู่มือฉบับนี้ครอบคลุมเนื้อหาหลัก ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและหลักการของระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL)
2. โครงสร้างและองค์ประกอบของเครือข่ายห้องคลอดระดับจังหวัด รวมถึงบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการแต่ละระดับ
3. มาตรฐานและแนวปฏิบัติด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงเจ็บครรภ์คลอด และทารกแรกเกิดในห้องคลอด ตามระดับศักยภาพของหน่วยบริการ
4. ระบบการเฝ้าระวัง ความเสี่ยง การสื่อสาร และกลไกการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ (referral and back-referral system) ภายใต้กรอบ One Province One Labor (OPOL)
5. แนวทางการส่งข้อมูล การบริหารจัดการทรัพยากร บุคลากร อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน One Province One Labor (OPOL) อย่างมีประสิทธิภาพ
6. ตัวชี้วัดหลัก กลไกการติดตามประเมินผล และการนำข้อมูลไปใช้เพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง



ส่วนที่ 2 องค์ประกอบ One Province One Labor (OPOL)

ระบบ One Province One Labor (OPOL) ใช้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (WHO Health System Building Blocks) เป็นฐานในการออกแบบระบบบริการ เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพ มีมาตรฐานเดียวกัน ทั้งจังหวัด และสามารถขับเคลื่อนสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพแม่และเด็กอย่างยั่งยืน ลดการตายและความพิการของมารดา และทารกจากสาเหตุที่ป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1 กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (WHO Health System Building Blocks)

1. ระบบบริการสุขภาพ (Service Delivery)

หน่วยบริการให้บริการการคลอดตามศักยภาพและเชื่อมโยงเครือข่ายบริการทั้งจังหวัด ภายใต้การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด จนถึงหลังคลอดและสุขภาพเด็กอย่างเป็นระบบ

- 1 มีการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงแบบองค์รวม (ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม)
- 2 มีการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ
- 3 หญิงตั้งครรภ์มีโรคประจำตัว การดูแลรักษาร่วมกันระหว่างสูติแพทย์-อายุรแพทย์ (Service plan สาขาสูตินรีแพทย์ - Service plan สาขาอายุรกรรม)



4 ติดตามดูแลรายบุคคล (Individual care plan)

5 ระบบการจัดบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในแต่ละวัน

6 มีระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ

7 จัดให้มีระบบการกำกับติดตามและทบทวนวิเคราะห์ปัญหาผ่านการประชุม High-risk conference และ Near miss เป็นประจำทุกเดือน โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในเครือข่ายบริการ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุและกำหนดมาตรการป้องกันอย่างเป็นระบบ



2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

บริหารจัดการกำลังคนด้านการคลอดอย่างเป็นระบบและยืดหยุ่น เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินและความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ โดยกำหนดอัตรา กำลังบุคลากรห้องคลอดตามมาตรฐาน วางแผนกำลังคนตามภาระงาน จัดตั้งทีมเฉพาะกิจสนับสนุนพื้นที่ขาดแคลน ส่งเสริมการทำงาน แบบสหสาขาวิชาชีพ

3. ระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Information System)

มีระบบข้อมูลกลางแบบบูรณาการ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและการบริหารจัดการ โดยมีการติดตามสถานการณ์ห้องคลอดรายวัน ทั้งจังหวัด ผ่านระบบ Tele-round รายงานข้อมูลหญิงรอคลอด หญิงตั้งครรภ์ เสี่ยงสูง สถานะเตี้ยแม่-ลูก และเหตุการณ์ฉุกเฉิน มีระบบแจ้งเตือน (Alert system) และกำหนดระยะเวลาการตอบสนอง (Response time) ไม่เกิน 5 นาที เชื่อมโยงข้อมูล ANC, LR, PP และการดูแลทารกแรกเกิด



4. การเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี

(Access to Medicines, Supplies and Technology)

มีการบริหารจัดการยา เลือด เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ที่จำเป็นรวมถึง การเข้าถึง ICU และเตียงอายุรกรรมแบบเครือข่าย โดยจัดตั้งคลังเลือด คลังยาและเวชภัณฑ์ร่วมระดับจังหวัด และจัดทำบัญชียามาตรฐานร่วม ทั้งจังหวัด

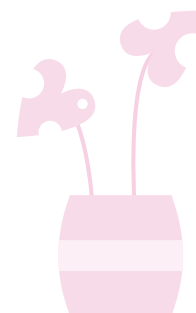


5. การเงินการคลังด้านสุขภาพ (Health Financing)

จัดสรรและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพและยั่งยืน บูรณาการงบประมาณจากระดับเขต จังหวัดและหน่วยบริการ สนับสนุน การลงทุนพัฒนาห้องคลอดคุณภาพ และส่งเสริมความร่วมมือกับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายในการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

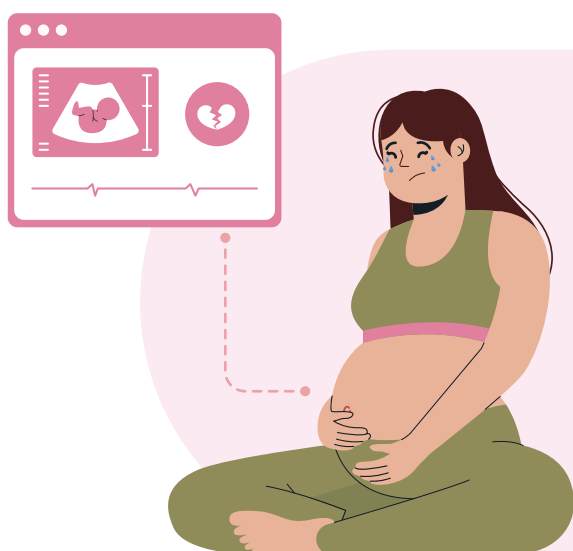
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance)

กำกับ ติดตาม และพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน One Province One Labor (OPOL) อย่างต่อเนื่อง มีคณะกรรมการ One Province One Labor (OPOL) ระดับจังหวัด และบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ของทุกหน่วยบริการ ใช้กลไก MCH Board และ Service Plan ในการกำกับทิศทางการดำเนินงาน ทบทวน การเสียชีวิตของมารดาและทารกทุกราย รวมถึงเหตุการณ์ Near-miss ร่วมกับเครือข่ายรายเดือนหรือรายไตรมาส



2.2 หลักการสำคัญของ One Province One Labor (OPOL)

1. มาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด (One Province One Standard)
2. การดูแลแบบเครือข่าย (Provincial Network of Care)
3. การสื่อสารและปรึกษาทางคลินิกแบบ real-time 24 ชั่วโมง
4. การดูแลต่อเนื่องตลอดช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด (Continuum of Care)
5. การใช้ข้อมูลและการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง



เป้าหมายสูงสุดของ One Province One Labor (OPOL)

“ลดการตายและความพิการของมารดาและทารกจากสาเหตุที่ป้องกันได้” ผ่านการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ การตัดสินใจเชิงข้อมูล และการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินอย่างทันที่

2.3 องค์ประกอบ One Province One Labor (OPOL)

ระบบ One Province One Labor คือ ระบบการคลอดแบบเครือข่ายด้วยมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด โดยการเชื่อมโยงบริการแบบไร้รอยต่อและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน

- 1 ความพร้อมของหน่วยบริการและการบริหารจัดการทรัพยากรแบบเครือข่าย
- 2 การประเมินและจัดการความเสี่ยง ประเมินและระบุความเสี่ยงตั้งแต่ ER ANC LR PP
- 3 การติดตามสถานการณ์ห้องคลอดรายวันเพื่อวางแผนการดูแลรายวัน
- 4 ระบบให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง ตอบกลับภายใน 5 นาที
- 5 ระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ
- 6 การกำกับ ติดตาม และประเมินผล



การดำเนินงาน One Province One Labor ให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรม จำเป็นต้องมีองค์ประกอบหลักของระบบการดูแลการคลอดแบบเครือข่ายที่ใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1

ความพร้อมของหน่วยบริการและการบริหารจัดการทรัพยากรแบบเครือข่าย (Service Delivery & Resource Management)



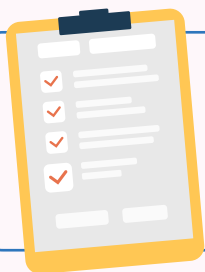
หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการการคลอดตามศักยภาพของตนเอง ภายใต้โครงสร้างเครือข่ายระดับจังหวัด “Hub-Node-Spoke (รพ.จังหวัด-รพ.แม่ข่าย-รพ.ชุมชน)” โดยมีการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความเพียงพอ เหมาะสม และสามารถรองรับภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันทั่วทั้งจังหวัด

แนวทางดำเนินการ

1. แบ่งระดับหน่วยบริการตามศักยภาพ (รพ.ชุมชน/รพ.แม่ข่าย/รพ.ทั่วไป/รพ.ศูนย์)
2. พัฒนาห้องคลอดให้ได้มาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด (LR, OR, ICU สูติกรรม) ตามเกณฑ์กรมอนามัยและกรมการแพทย์
3. ใช้ CPG และ Care Pathway ชุดเดียวกันทั้งจังหวัด
4. เชื่อมโยงบริการ ANC/ER → LR → PP/Newborn care
5. บริหารจัดการ คลังเลือด คลังยา และเวชภัณฑ์จำเป็น ในแต่ละโรงพยาบาลแบบเครือข่ายจังหวัด
6. เตรียมความพร้อมด้านบุคลากร อุปกรณ์ และระบบสนับสนุนตลอด 24 ชั่วโมง
7. จัดทำแผนรองรับกรณีฉุกเฉินและทรัพยากรไม่เพียงพอ
8. ความพร้อมของ OR/ICU สูติกรรม/NICU
9. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญในการดูแลการคลอดและการจัดการภาวะฉุกเฉินอย่างน้อยปีละ 80% ของบุคลากรที่มีส่วนในการดูแลการคลอด

องค์ประกอบที่ 2

ระบบการประเมินและจัดการความเสี่ยงแบบต่อเนื่อง (Risk Assessment & Case Management)



จัดให้มีระบบประเมิน ระบุ และจัดกลุ่มความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และหญิงคลอดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงหลังคลอด โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การดูแลกลุ่มความเสี่ยงเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

1. Low risk: ดูแลตามมาตรฐาน
2. High risk: เฝ้าระวังใกล้ชิด มี Individual Care Plan และระบบ consult
3. Very high risk: วางแผนการดูแลหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าตามเกณฑ์

แนวทางดำเนินการ

1. การคัดกรองความเสี่ยง: คัดกรองทุกราย ประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องในทุกช่วงการให้บริการ และประเมินซ้ำทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน
 - ชุมชน / รพ.สต. : คัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น/ปัจจัยเสี่ยงก่อนตั้งครรภ์
 - ER : จุดคัดกรองวิกฤติ ประเมินความเสี่ยงทันทีเมื่อมารับบริการ
 - ANC : ทบทวนความเสี่ยงทุกครั้งที่มารับบริการ
 - LR : ประเมินเมื่อรับไว้และระหว่างคลอดและประเมินซ้ำระหว่างการคลอด
 - PP : เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนก่อนจำหน่าย
2. จัดทำ Individual Care Plan (High risk)
3. Consult สูติแพทย์ตามเกณฑ์
4. วางแผนคลอดล่วงหน้า Very high risk
5. รับ Refer-in เคสซับซ้อน Refer-back หลังพ้นวิกฤติ
6. มีระบบประเมินและบริหารจัดการความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์และหญิงคลอดตามมาตรฐานจังหวัด



กลุ่มความเสี่ยงสำคัญ



1. เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GMD) /เบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Overt DM)
2. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestational hypertension)/ครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia with Severe features /Eclampsia)
3. โรคประจำตัวที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคไทรอยด์
4. ประวัติการคลอดยาก ตกเลือดก่อนคลอด-หลังคลอด หรือผ่าตัดคลอดซ้ำหรือภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม
5. ภาวะซีดรุนแรง การตั้งครรภ์แฝด หรือทารกเจริญเติบโตผิดปกติ
6. ทารกในครรภ์ผิดปกติ เช่น การเจริญเติบโตผิดปกติ ตรวจพบความพิการในครรภ์ ภาวะน้ำคร่ำน้อย

กลไกสนับสนุน

1. Smart COC / Smart Refer
2. Digital ANC / Digital Pink Book
3. ระบบ Update สถานะความเสี่ยงแบบ real-time พร้อม Alert ของหน่วยบริการ

องค์ประกอบที่ 3

การติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์ห้องคลอดรายวัน (Daily Labor Monitoring)

จัดให้มีระบบข้อมูลหนึ่งเดียวแบบบูรณาการเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและการบริหารจัดการระดับจังหวัด

1. การรายงานและติดตามสถานการณ์ห้องคลอดรายวัน
2. มีอัตราส่วนแพทย์และพยาบาลต่อผู้คลอดไม่น้อยกว่า 1:3 ในแต่ละเวร
3. สถานะเตียงแม่-ลูก, ICU, NICU
4. รายชื่อหญิงรอคลอด/กลุ่มเสี่ยง
5. มีการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์แรกรับและตลอดการดำเนินการคลอดตามมาตรฐาน
6. มีการประเมินความเสี่ยงทารกในครรภ์
7. ใช้ Partograph ในการดูแลการคลอด
8. วิเคราะห์เคสก่อนการส่งต่อ ภาวะแทรกซ้อน, Near-miss, Case-mix รายโรงพยาบาล
9. รายงานสถานะความพร้อมด้านยา เวชภัณฑ์ และคลังเลือด เช่น
 - o Oxytocin / Misoprostol / Tranexamic Acid
 - o แมกนีเซียมซัลเฟต และ 10% Calcium gluconate
 - o อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารก / กล่องยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน
 - o อุปกรณ์ห้ามเลือด / Bakri balloon tamponade
 - o คลังเลือดที่มีประสิทธิภาพเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมงหรือมีระบบเครือข่ายในการหาเลือดภายใน 30 นาทีสำรองเลือดอย่างน้อย 10 Unit/blood group สำหรับ รพศ. และอย่างน้อย 5 Unit/blood group สำหรับ รพท.
10. ติดตามต่อเนื่องทั้งคลอดและหลังคลอด
11. มีระบบติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์ห้องคลอดรายวันผ่าน Tele-round หรือ Dashboard จังหวัด



กลไกสนับสนุน

1. มีระบบการดูแลการคลอดภายใต้การดูแลของสูติแพทย์ทั้งจังหวัด เช่น Tele-round , Line OA เป็นต้น
2. มีระบบ Provincial OPOL Dashboard แบบ real-time ทั้งจังหวัด
3. ระบบ Alert และ Response time \leq 5 นาที
4. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อ HR pooling, bed pooling, equipment sharing
5. ระบบเรียนรู้ร่วมกัน (Case conference, Maternal/Neonatal death review)

องค์ประกอบที่ 4

ระบบให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางคลินิกตลอด 24 ชั่วโมง (Consultation & Clinical Support System)

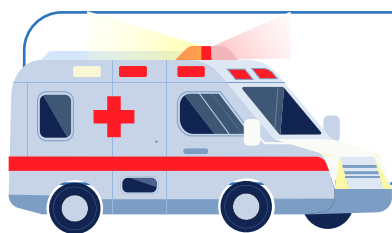
จัดตั้งระบบให้คำปรึกษาทางคลินิกแบบ real-time ระหว่างหน่วยบริการ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มความปลอดภัย ลดความล่าช้าในการตัดสินใจ



1. การให้คำปรึกษาแบบ real-time เพื่อการจัดการความเสี่ยงและการตัดสินใจทางคลินิก
2. จัดให้มี Tele-consultation ตลอด 24 ชั่วโมง ระหว่างหน่วยบริการทุกระดับในจังหวัด
3. กำหนด ระยะเวลาการตอบกลับไม่เกิน 5 นาที นับจากการแจ้งขอคำปรึกษา
4. สามารถ ส่งและรับข้อมูลทางคลินิกที่จำเป็น เพื่อการตัดสินใจ ได้แก่
 - o NST/EFM
 - o Partograph
 - o ภาพถ่ายและวิดีโอทางคลินิก
 - o ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. ใช้ช่องทางสื่อสารหลักระดับจังหวัด ที่กำหนดร่วมกัน เช่น OPOL Line Alert
6. มีระบบประสานการตัดสินใจร่วมระหว่างทีมผู้ให้คำปรึกษาและหน่วยบริการผู้ขอคำปรึกษา ครอบคลุมการรักษา การส่งต่อ และการเตรียมรับผู้ป่วย
7. บันทึกผลการ consult ในระบบ

องค์ประกอบที่ 5

ระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (Seamless Referral System)



จัดให้มีระบบส่งต่อมาตรฐานเดียวทั้งจังหวัด โดยยึดหลักความรวดเร็ว ปลอดภัย และไม่ปฏิเสธผู้ป่วยมีเกณฑ์การส่งต่อชัดเจนตามศักยภาพ

1. ใช้เกณฑ์ส่งต่อเดียวกันทั้งจังหวัด
2. ประสานข้อมูล/ส่งต่อข้อมูล/แจ้งข้อมูลก่อนส่งต่อทุกครั้ง
3. ระบบ Fast-track สำหรับเคสฉุกเฉิน
4. Mapping เต็มแม่-ลูก ระดับจังหวัด
5. ไม่ปฏิเสธผู้ป่วย กรณีเตียงเต็มต้องเป็นผู้ประสานหาโรงพยาบาลแม่ข่ายที่สามารถรับผู้ป่วยได้
6. มียานพาหนะและระบบการดูแลระหว่างส่งต่อ และมีการกำหนดสมรรถนะผู้ดูแลระหว่างส่งต่อเพื่อความปลอดภัยตามความเสี่ยง
7. สูติแพทย์ให้คำปรึกษาระหว่างส่งต่อแบบ real-time
8. เชื่อมโยงข้อมูลข้ามเขตแบบไร้รอยต่อ
9. Back referral หลังอาการคงที่

องค์ประกอบที่ 6

การกำกับติดตามและพัฒนาคุณภาพ (Governance & Quality Improvement)

จัดให้มีระบบกำกับติดตามและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นวาระร่วมของทั้งจังหวัด

1. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการบริหารจัดการทรัพยากร การจัดการความเสี่ยง และการติดตามสถานการณ์ ห้องคลอดรายวัน ผ่านกลไก MCH Board และ Service Plan
2. แต่งตั้งคณะกรรมการ One Province One Labor (OPOL) จังหวัด
3. บูรณาการ One Province One Labor (OPOL) ในแผนยุทธศาสตร์ทุกหน่วยบริการ
4. ทบทวนความเสี่ยงการตายมารดา ทารก และ Near-miss ทุกราย
5. ใช้ภาวะผู้นำแบบร่วมมือ (Collaborative Leadership)
6. เสริมพลังเครือข่ายผ่านการอบรม นิเทศ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้
7. นำผลทบทวนไปปรับปรุงการดูแล



ตารางที่ 2 สรุปลงค์ประกอบ One Province One Labor (OPOL)

องค์ประกอบ OPOL	คำอธิบายเชิงระบบ	ประเด็นหลัก (Checklist Core)
1. ความพร้อมของหน่วยบริการและการบริหารจัดการทรัพยากรแบบเครือข่าย	การจัดบริการการคลอดตามศักยภาพภายใต้โครงสร้าง Hub-Node-Spoke และการใช้ทรัพยากรร่วมทั้งจังหวัด	<ul style="list-style-type: none"> • ระดับศักยภาพหน่วยบริการชัดเจน • ห้องคลอด/OR/ICU ได้มาตรฐาน • คลังยา เลือด เวชภัณฑ์เพียงพอ • มีแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน
2. การประเมินและจัดการความเสี่ยง	การคัดกรอง ระบุ และจัดการความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ และหญิงคลอดอย่างต่อเนื่อง ER/ANC-LR-PP	<ul style="list-style-type: none"> • ใช้เกณฑ์ risk เดียวกันทั้งจังหวัด • มี Individual Care Plan ใน High/Very high risk • Update risk แบบ real-time • ใช้ Smart COC / Smart Refer
3. การติดตามสถานการณ์ห้องคลอดรายวัน	ระบบเฝ้าระวังเชิงรุกเพื่อวางแผนการดูแลรายวันทั้งจังหวัด	<ul style="list-style-type: none"> • Tele-round ห้องคลอดทุกวัน • รายงานหญิงรอคลอด/เสี่ยงสูง • สถานะเตียงแม่-ลูก • Alert และ response ≤ 5 นาที
4. ระบบให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง	การเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญแบบ real-time เพื่อลดความล่าช้าในการตัดสินใจ	<ul style="list-style-type: none"> • Tele-consult 24/7 • ตอบกลับ ≤ 5 นาที • ส่ง NST/EFM / Partograph / ภาพได้ • มีช่องทางสื่อสารจังหวัดเดียว
5. ระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ	ระบบส่งต่อที่รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่ปฏิเสธผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> • Fast-track referral • Mapping เตียงแม่-ลูก • SBAR ก่อนส่งต่อ • ดูแลระหว่างส่งต่อแบบ real-time
6. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล	กลไกธรรมาภิบาลและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> • คณะกรรมการ OPOL จังหวัด • ใช้ MCH Board / Service Plan • ทบทวน Maternal death / Near-miss • ประชุมเครือข่ายสม่ำเสมอ



ส่วนที่ 3 ระบบเครือข่ายจังหวัด

3.1 ระบบเครือข่ายจังหวัด (Provincial Service Network System)

ระบบการดูแลแบบเครือข่ายระดับจังหวัดเป็นหัวใจหลักของการดำเนินงาน OPOL โดยใช้โครงสร้างเชื่อมโยงโรงพยาบาลทุกระดับให้ทำงานร่วมกันตามมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของพื้นที่ โดยประเทศไทยประยุกต์ใช้รูปแบบเครือข่ายบริการตามแนวทาง WHO Networks of Care กำหนดหน้าที่ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ดังนี้

Hub Hospital (โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป)

ทำหน้าที่เป็น ศูนย์เชี่ยวชาญสูงสุดของจังหวัด (Provincial OB Referral Center) โดยมีบทบาทหลักคือ

- ให้คำปรึกษาทางคลินิกระดับจังหวัด
- รับส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงและภาวะฉุกเฉินรุนแรง
- มีสูติแพทย์/กุมารแพทย์/วิสัญญีแพทย์/อายุรแพทย์ ครอบคลุม 24 ชั่วโมง
- สนับสนุนคลินิกเฉพาะทาง เช่น High-risk clinic / MFM
- จัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ระดับจังหวัด
- เป็นหน่วยกำหนดมาตรฐานคุณภาพบริการ



Node Hospital (โรงพยาบาลแม่ข่าย)

เป็น “ตัวกลาง” เชื่อมโรงพยาบาลชุมชนเข้ากับโรงพยาบาลศูนย์ ทำหน้าที่

- ให้คำปรึกษาทางคลินิกแก่โรงพยาบาลชุมชนแบบ Real-time
- ช่วยติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่รอคอยคลอดใน รพช. ตามระบบ Monitoring
- รับเคสเสี่ยงปานกลาง-สูง และประสานงานส่งต่อไปยัง Hub เมื่อจำเป็น
- สนับสนุนการพัฒนาทักษะบุคลากร รพช.



Node Hospital ไม่จำเป็นต้องเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่ต้องมี “สูติแพทย์อย่างน้อย 1 คน” หรือมีแพทย์ที่มีทักษะสูงด้านสูติกรรม

Spoke Hospital (โรงพยาบาลชุมชน)

เป็นโรงพยาบาลให้บริการในระดับพื้นที่ ทำหน้าที่

- รับฝากครรภ์และให้บริการคลอดตามมาตรฐาน
- ประเมินความเสี่ยงและรายงานสัญญาณเตือน
- ปฏิบัติตาม LR Checklist และ Unified referral criteria
- แจ้ง Node เมื่อพบเคสเสี่ยง หรือเมื่อมีผู้มารอคอย
- ส่งต่อเคสที่เกินศักยภาพพื้นที่และปลอดภัย



ตารางที่ 3 สรุปบทบาทเครือข่าย Hub-Node-Spoke

ระดับ	หน่วยบริการ	บทบาทหน้าที่หลัก	ขอบเขตการดูแล
Hub	รพศ./รพท.	กำหนดมาตรฐานจังหวัด วางระบบ OPOL กำกับคุณภาพ	ดูแลเคสเสี่ยงสูง/วิกฤติ ให้คำปรึกษา 24 ชม.
Node	รพ.แม่ข่ายย่อย	ขับเคลื่อน OPOL ระดับอำเภอ/โซน	ดูแลเคสเสี่ยงปานกลาง-สูง
Spoke	รพช.	ดำเนินงานตามนโยบายจังหวัด	ดูแลคลอดปกติ คัดกรองความเสี่ยง

3.2 กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

การดำเนินงานตามระบบ One Province One Labor (OPOL) เป็นมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขของไทยริเริ่มขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลแม่และทารกในระหว่างการคลอด โดยเน้นการสร้างมาตรฐานและการบริหารจัดการที่ดีในทุกจังหวัดเพื่อให้บริการด้านสูติกรรมมีความปลอดภัยและมีคุณภาพสูงสุด โดยใช้กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เป็นระบบและเพิ่มการบูรณาการเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในทุกจังหวัด โดยเน้นการจัดการแบบองค์รวมตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติการในพื้นที่ ดังนี้

1 การกำหนดนโยบายและเป้าหมายระดับประเทศ

กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดนโยบายหลักสำหรับการพัฒนามาตรฐานห้องคลอด โดยกรมการแพทย์และกรมอนามัย มีหน้าที่รับผิดชอบในการออกมาตรฐานและกำกับติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ดังนี้

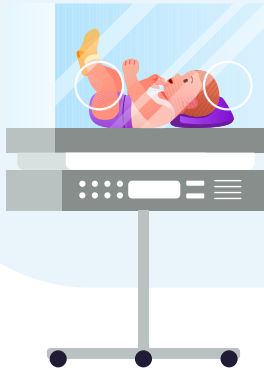
- กำหนดเป้าหมาย เช่น การลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิด
- เพิ่มความครอบคลุมการบริการที่มีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐานในโรงพยาบาลทุกระดับและทุกแห่ง
- ประเมินรับรองมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัด และประเมินรับรองห้องคลอดคุณภาพ
- ออกแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เช่น คู่มือการจัดการห้องคลอดมาตรฐาน การจัดสรรงบประมาณ
- จัดสรรทรัพยากรและงบประมาณสนับสนุนให้แต่ละจังหวัดพัฒนาห้องคลอด เช่น การจัดหาเครื่องมือแพทย์ และการอบรมบุคลากร

2 การวางโครงสร้างการดำเนินงานในระดับจังหวัด

- คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด การตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน และผู้แทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่น
- แต่งตั้งผู้ประสานงานโครงการเพื่อกำกับดูแลการดำเนินงานที่ชัดเจน
- ทุกจังหวัดต้องมีห้องคลอดที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน เพื่อเป็นต้นแบบให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ การวางแผนพัฒนาระยะยาว
- วางแผนพัฒนางานระยะสั้น กลาง ยาว เพื่อให้แต่ละพื้นที่สามารถปรับปรุงคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง



3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร



- การฝึกอบรม จัดการอบรมทักษะที่จำเป็น เช่น การช่วยชีวิตทารกแรกเกิด (Neonatal Resuscitation Program - NRP) และการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินระหว่างคลอด
- การพัฒนาเครือข่ายวิชาการ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างจังหวัด สร้างเครือข่ายวิชาการด้านสูติศาสตร์เพื่อสนับสนุนการทำงานในพื้นที่

4 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและอุปกรณ์ทางการแพทย์

- การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น จัดสรรอุปกรณ์พื้นฐาน เช่น เตียงคลอด เครื่องติดตามการเต้นหัวใจทารก และเครื่องช่วยหายใจสำหรับทารกแรกเกิด
- การปรับปรุงสถานที่ พัฒนาสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด เช่น การควบคุมความสะอาด และการป้องกันการติดเชื้อ



5 การสร้างระบบเครือข่ายและการส่งต่อผู้ป่วย



- การจัดการเครือข่ายการส่งต่อ พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัด ใช้รถพยาบาลฉุกเฉินและบุคลากรที่ผ่านการอบรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทาง
- การสร้างความร่วมมือในชุมชนส่งเสริมให้สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ช่วยเฝ้าระวังและส่งต่อผู้ป่วยเสี่ยงสูง

6 การติดตามและประเมินผล

- การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามตัวชี้วัด เช่น อัตราการเสียชีวิตของมารดา ทารกแรกเกิด อัตราการติดเชื้อในท้องคลอด ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- การตรวจเยี่ยมพื้นที่ (Monitoring Visits) ตั้งทีมตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามความก้าวหน้าและให้คำปรึกษาในพื้นที่
- การรายงานผลและปรับปรุงแผน รายงานความคืบหน้าต่อผู้บริหารและปรับปรุงแผนการดำเนินงานตามข้อมูลที่ได้รับ



7 การสร้างความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมของสังคม



ผ่านการประชาสัมพันธ์ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับความสำคัญของการฝากครรภ์และการดูแลการคลอดอย่างปลอดภัย รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดและทารกในชุมชนของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยส่งเสริมให้ชุมชนและครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนการดูแลแม่และทารก

3.3 การสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังการคลอดแบบเครือข่ายด้วยมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด

การสร้างระบบเฝ้าระวังการคลอดเพื่อลดการตายมารดาและทารกผ่าน ระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL) มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายในจังหวัดและการยกระดับมาตรฐานการดูแลการคลอดให้มีความครอบคลุม เท่าเทียม และมีคุณภาพสูง สามารถรับมือกับกรณีฉุกเฉินทางการคลอดและลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในจังหวัด เพิ่มความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการคลอดที่มีคุณภาพ ลดความเหลื่อมล้ำด้านการดูแล สร้างระบบเครือข่ายการดูแลมารดาและทารกที่เข้มแข็งและยั่งยืน นอกจากนี้การพัฒนาแนวทางดังกล่าวยังช่วยเพิ่มศักยภาพและความมั่นคงของระบบสาธารณสุขในระดับจังหวัดของประเทศไทยและก้าวสู่การบรรลุเป้าหมายสูงสุดในการสร้างความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตที่ดีแก่แม่และทารกทั่วประเทศ

การสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังการคลอดแบบเครือข่ายด้วยมาตรฐานเดียวกัน ผ่าน ระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด (One Province One Labor) มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายและการยกระดับมาตรฐานการคลอดให้มีความสม่ำเสมอ ครอบคลุม และมีคุณภาพ เพื่อให้ทุกพื้นที่สามารถรับมือกับกรณีฉุกเฉินทางการคลอดและลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิด

1. การกำหนดมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด
2. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการคลอด
3. การเสริมศักยภาพบุคลากรในเครือข่าย
4. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย
5. การติดตามและประเมินผล
6. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพัฒนาแนวทางดังกล่าวช่วยเพิ่มศักยภาพและความมั่นคงของระบบสาธารณสุขในระดับจังหวัด (รายละเอียดในภาคผนวก ง)



3.4 บทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในแต่ละระดับ

คณะกรรมการอนามัย แม่และเด็กระดับประเทศ

- กำหนดนโยบายและมาตรฐานการดำเนินงาน
- จัดทำกรอบแนวทางและมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับ One Province One Labor (OPOL) เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติในระดับเขตและจังหวัด
- บูรณาการนโยบายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานวิชาการ โรงเรียนแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- เสนอร่างการจัดสรรทรัพยากร สนับสนุนงบประมาณ ประเมิน จัดทำแนวทางการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น เช่น งบประมาณ เครื่องมือทางการแพทย์ บุคลากร
- สนับสนุนการพัฒนาบุคลากร จัดอบรมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงทีมแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
- กำกับ ติดตาม และประเมินผล สร้างระบบติดตามผลการดำเนินงานของแต่ละจังหวัด และนำผลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนานโยบายในระดับประเทศต่อไป

คณะกรรมการอนามัย แม่และเด็กระดับเขต

- ดำเนินงานเป็นศูนย์ประสานการดำเนินงานระหว่างระดับประเทศ จังหวัด เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายและแนวทางที่กำหนด
- สนับสนุนและให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาในจังหวัด
- สนับสนุนการจัดสรรทรัพยากร การแลกเปลี่ยนทรัพยากรในพื้นที่ เช่น เครื่องมือทางการแพทย์ บุคลากร คลังเลือด คลังยา
- ติดตาม ประเมินผล และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
- รายงานผลการดำเนินงานในเขตพื้นที่ต่อคณะกรรมการระดับประเทศ
- สนับสนุนข้อมูล ความรู้ในการพัฒนาบุคลากร



คณะกรรมการอนามัย แม่และเด็กระดับจังหวัด

- นำนโยบายสู่การปฏิบัติโดย วางแผนและขับเคลื่อนการดำเนินการในพื้นที่
- จัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนงานตามแนวปฏิบัติ One Province One Labor (OPOL) พร้อมทั้งบูรณาการแนวทางให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และนโยบายระดับประเทศ
- ปรับปรุงและพัฒนาห้องคลอดในโรงพยาบาลที่กำหนดได้มาตรฐาน พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมของทรัพยากร ทั้งทีมแพทย์ และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ความพร้อมของคลังเลือด คลังยาและระบบส่งต่อ
- สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และชุมชนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์
- สื่อสารและสร้างความเข้าใจในชุมชน จัดกิจกรรม และเผยแพร่ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก
- ติดตามและปรับปรุงการดำเนินงาน ประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากระดับเขตและระดับประเทศ

หน่วยบริการ

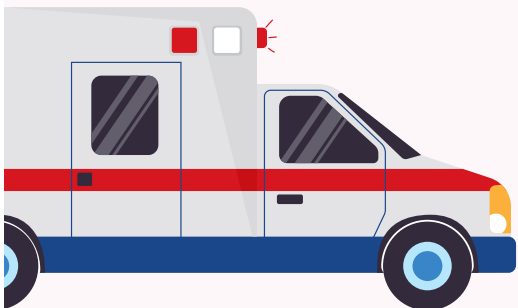
- รพศ. รพท. รพ.แม่ข่าย Monitoring รพช. โดยติดตามหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มารอคลอด ณ รพช. ในพื้นที่
- รพศ. รพท. รพ.แม่ข่าย ให้คำแนะนำการดูแล รักษา หญิงตั้งครรภ์ที่มารอคลอด ณ รพช. เสมือนมีสูติแพทย์ประจำและให้การดูแลรักษา ณ รพช.
- สูติแพทย์ให้การดูแลรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอดของ รพช. และระหว่างการส่งต่อ refer บนรถฉุกเฉินแบบ Real – time หรือ 2 way communication ทั้งภายในจังหวัด หรือส่งออก รพ.ศูนย์ข้างเคียง



การดำเนินงาน One Province One Labor (OPOL) เป็นความพยายามที่จะยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก โดยเฉพาะการจัดบริการห้องคลอดที่ได้มาตรฐานในทุกจังหวัด เพื่อสนับสนุนการลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิด รวมถึงเพิ่มความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอีกด้วย

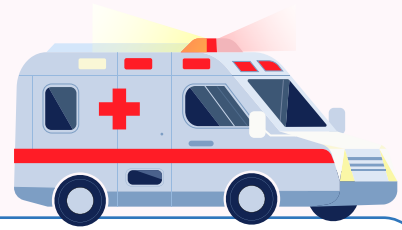
3.5 การดำเนินงาน One Province One Labor (OPOL) ในชุมชน

การดำเนินงาน One Province One Labor (OPOL) ในระดับชุมชนนั้น เราควรมุ่งเน้นการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและกลุ่มเปราะบาง ผ่านการใช้กลไกเฉพาะ เช่น คณะกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น **รถฉุกเฉินสำหรับหญิงคลอด และ จุดพักหรือบ้านพักรอคลอด** เพื่อสนับสนุนการคลอดอย่างปลอดภัย



ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบ OPOL ในชุมชน

รถฉุกเฉินสำหรับหญิงคลอด (Maternal Emergency Ambulance)



สามารถรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน ให้บริการขนส่งหญิงตั้งครรภ์ในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดหลังคลอด หรือภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ช่วยลดเวลาการเดินทางไปยังโรงพยาบาลที่มีห้องคลอดมาตรฐาน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือภูมิภาคที่ทุรกันดาร

กลไกการดำเนินงาน

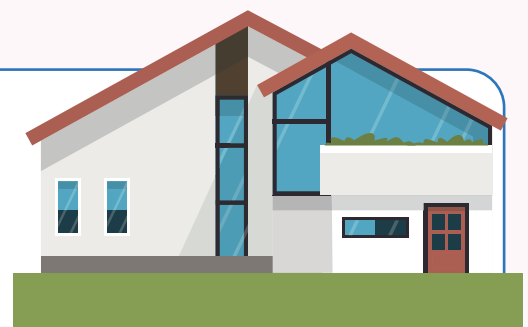
- **การจัดเตรียมรถพยาบาล:** จัดหาและปรับปรุงรถพยาบาลให้มีอุปกรณ์พื้นฐานที่เหมาะสม เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องตรวจวัดความดันโลหิต และชุดทำคลอดฉุกเฉิน
- **บุคลากรในรถพยาบาลควรได้รับการอบรมเฉพาะด้าน** เช่น การช่วยชีวิตทารกแรกเกิด (Neonatal Resuscitation Program - NRP)
- **ระบบประสานงานการส่งต่อ:** ใช้ระบบสายด่วนฉุกเฉิน (เช่น 1669) เพื่อประสานงานกับโรงพยาบาลในเครือข่าย
- **มีการจัดทำแผนที่เส้นทางการส่งต่อที่เหมาะสมสำหรับแต่ละพื้นที่**
- **การให้ความรู้แก่ชุมชน** ประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวทราบถึงการใช้บริการรถฉุกเฉิน และการเตรียมตัวก่อนเรียกรถ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ร้อยละการเข้าถึงการรักษาทันเวลา
- จำนวนการใช้งานรถฉุกเฉินในกรณีฉุกเฉินของหญิงคลอด
- ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบ One Province One Labor (OPOL)

จุดพักหรือบ้านพักรอคลอด (Maternity Waiting Home)

ลดความเสี่ยงระหว่างรอคลอด การจัดให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงหรืออยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล ได้พักใกล้สถานพยาบาลก่อนถึงกำหนดคลอดเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการมาตรฐาน ลดอุปสรรคด้านระยะทางและเวลาในการเดินทาง



กลไกการดำเนินงาน

- การจัดตั้งบ้านพักโรคคลอด ใช้พื้นที่ในโรงพยาบาล หรือสถานที่ในชุมชนที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐาน เช่น เตียงพัก น้ำสะอาด อาหาร และห้องน้ำ
- สนับสนุนการดูแลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เช่น เคยผ่าคลอดมาก่อน มีความดันโลหิตสูง หรือมีอายุครรภ์เกินกำหนด จะได้รับคำแนะนำให้เข้าพัก
- การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการ การเตรียมตัวก่อนคลอด และการดูแลหลังคลอด
- จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างความสัมพันธ์และลดความวิตกกังวลของผู้เข้าพัก
- การเชื่อมโยงกับระบบการคลอด เมื่อถึงกำหนดคลอดหรือเกิดภาวะฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่จะประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีห้องคลอดมาตรฐาน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าพักในบ้านพักโรคคลอด
- อัตราการลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดกลุ่มผู้เข้าพัก
- ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ



ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

- ลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิดในชุมชน
- เพิ่มความครอบคลุมของบริการคลอดที่ปลอดภัยในพื้นที่ห่างไกล
- เสริมสร้างความเชื่อมั่นของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในการใช้บริการสุขภาพ
- สร้างเครือข่ายการดูแลแม่และเด็กที่มีประสิทธิภาพ

การผสมผสานกลไกของรถฉุกเฉินสำหรับหญิงคลอดและบ้านพักโรคคลอด ช่วยให้สามารถขยายการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไปถึงระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสนับสนุนเป้าหมายการสร้างความปลอดภัยสำหรับการคลอดในประเทศไทย

3.6 การบริหารความเสี่ยงเชิงระบบ (System-level Risk Management)

การบริหารความเสี่ยงในระบบ One Province One Labor (OPOL) ครอบคลุมทั้ง ความเสี่ยงเชิงคลินิก และ ความเสี่ยงเชิงระบบบริการ โดยมีองค์ประกอบหลักดังนี้

1. การคาดการณ์ความเสี่ยง

- วิเคราะห์ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทั้งจังหวัด
- การคาดการณ์ช่วงคลอด (Expected delivery)
- ประเมินศักยภาพแต่ละ รพ.

2. การระบุความเสี่ยง

- รายงาน Early warning indicators
- วิเคราะห์ Delay 2-3
- ระบุความเสี่ยงทรัพยากร (บุคลากร-งบประมาณ-ครุภัณฑ์/เวชภัณฑ์)

3. การจัดระดับความเสี่ยง

- สีแดง = Critical risk
- สีเหลือง = High-risk pregnancy
- สีเขียว = Low risk

4. การวางแผนจัดการความเสี่ยง

- เสริมแพทย์/พยาบาล
- เตรียมเลือด
- เตรียมส่งต่อ
- เตรียม OR standby



5. การตอบสนองต่อความเสี่ยง

- Tele-consult
- Emergency Response Team
- Fast-track referral
- จัดการภาวะฉุกเฉินใน LR

6. การทบทวนหลังเหตุการณ์

- Near-miss review
- MDSR review
- Root cause analysis

7. การปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง

- ปรับแนวปฏิบัติ
- เสริมทักษะ
- จัดทำ Risk dashboard
- ทำ Learning sharing จังหวัด

3.7 การประชุมและนิเทศจังหวัด (Provincial Meetings & Supervision)

จังหวัดต้องจัดประชุมและนิเทศอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่

1. ระชุมรายเดือน

- สถานการณ์คลอด
- Critical events
- Tele-consult case analysis
- การส่งต่อและผลลัพธ์

2. ประชุมรายไตรมาส

- วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก
- Audit ห้องคลอด
- ประเมินสถานะทรัพยากร
- วางแผนพัฒนาระบบ

3. นิเทศติดตามประจำปี

- สัมภาษณ์มาตรฐาน LR แบบ onsite
- ตรวจสอบความพร้อมอุปกรณ์
- สอบทักษะบุคลากร



แนวทางการดำเนินงานระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL)



ส่วนที่ 4

การเฝ้าระวัง วิเคราะห์ และตอบสนองเชิงระบบ

(Surveillance and Response) ภายใต้ One Province One Labor (OPOL)

ระบบคุณภาพเป็นหัวใจสำคัญของ One Province One Labor (OPOL) เนื่องจากเป้าหมายสูงสุดของระบบคือการลดการตายมารดาและทารก การลดความพิการ และการเพิ่มคุณภาพบริการห้องคลอดอย่างยั่งยืน ระบบคุณภาพจึงประกอบด้วยเครื่องมือสำคัญหลายส่วนที่เชื่อมต่อกัน ได้แก่ MDSR, Perinatal Death Review, Near-miss review, ระบบพัฒนาคุณภาพ (PDSA), ตัวชี้วัดจังหวัด, Dashboard และกลไกรับ Feedback

4.1 Maternal Death Surveillance and Response (MDSR)

ระบบเฝ้าระวังและตอบสนองต่อการตายมารดาเป็นกลไกหลักที่ใช้ระบุช่องว่างของระบบบริการ โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสำคัญ

1. Notification (การแจ้งเหตุ)

- การเสียชีวิตมารดาทุกกรณีต้องแจ้งภายใน 24 ชั่วโมง
- ใช้แบบฟอร์ม MDSR จังหวัด
- แจ้งผ่านระบบจังหวัดหรือเขตสุขภาพ



2. Review (การทบทวน)

- การทบทวนต้องเป็นลักษณะ “ไม่กล่าวโทษ (No-blame)” โดยทีม MDSR จังหวัด
- วิเคราะห์ 3 ความล่าช้า (Delay 1, 2, 3)
 - Delay decision to seek care
 - Delay in reaching care
 - Delay in receiving adequate health care
 - วิเคราะห์สาเหตุ (Root Cause Analysis)
 - ทบทวนระบบส่งต่อ
 - วิเคราะห์การประเมินความเสี่ยงก่อนคลอด
 - วิเคราะห์ปัจจัยคลินิก เช่น PPH, hypertensive emergency

3. Analysis (การวิเคราะห์เชิงระบบ)

- ระบุปัจจัยป้องกันได้ (Preventable factors)
- จัดการเรียนรู้จากเหตุการณ์ (Learning points)
- วิเคราะห์แนวโน้มรายปี
- จัดทำรายงานเสนอจังหวัด



4. Response (การตอบสนอง)

จัดทำ “แผนพัฒนาระบบ” เช่น

- ปรับปรุงมาตรฐานห้องคลอด
- เพิ่มทักษะบุคลากร
- พัฒนาระบบส่งต่อ
- จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น
- เสริมมาตรการ PPH bundle



4.2 Perinatal Death Review

(การทบทวนการเสียชีวิตของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด)

เป็นการวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นในช่วงอายุ 24 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ จนถึง 7 วันหลังคลอด

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. การแจ้งเหตุภายใน 24 ชั่วโมง ครอบคลุม

- Stillbirth
- Early neonatal death
- Asphyxia-related death
- Infectious causes

2. การเก็บข้อมูลสถานการณ์ รวบรวมข้อมูล

- ANC
- Intrapartum monitoring
- CTG
- เวลาเริ่มมีสัญญาณผิดปกติ
- วิธีการ resuscitation



3. การทบทวนโดยทีมจังหวัด วิเคราะห์ว่า

- สามารถป้องกันได้หรือไม่
- เกิดล่าช้าในห้องคลอดหรือการส่งต่อหรือไม่
- มีส่วนเกี่ยวข้องกับทักษะบุคลากรหรืออุปกรณ์ไม่พร้อมหรือไม่

4. แผนแก้ไข เช่น

- ทบทวนทักษะ neonatal resuscitation
- ปรับปรุงระบบเฝ้าระวัง FHR
- เสริม radiant warmer, suction, PPV mask

4.3 Near-miss Review (ทบทวนภาวะวิกฤติที่รอดชีวิต)

Near-miss คือกรณีหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดที่เกือบเสียชีวิต แต่รอดได้ ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลพัฒนาคุณภาพห้องคลอด

ประเภทเหตุการณ์ Near-miss

- 1) Severe PPH with shock (เลือดออก $\geq 1,000$ ml)
- 2) Eclampsia/HELLP syndrome / Pulmonary edema
- 3) Severe Sepsis
- 4) Admit ICU
- 5) Severe birth asphyxia

หลักการทบทวน

- 1) ทบทวนอย่างสม่ำเสมอ (รายเดือน) และเมื่อมีอุบัติการณ์ที่รุนแรงเกิดขึ้น
- 2) ประเมินความทันเวลาในระบบดูแล
- 3) วิเคราะห์จุดอ่อนของระบบ เช่น
 - การประเมินซ้ำ
 - อุปกรณ์ไม่พร้อม
 - Tele-consult ซ้ำ
 - การสื่อสารไม่ครบถ้วน
- 4) สรุปเป็น Preventable factors/Unpreventable factors

4.4 Quality Improvement (PDSA Model)

PDSA (Plan-Do-Study-Act) เป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพแบบวงจรที่ “One Province One Labor (OPOL)” ใช้ในทุกจังหวัด

1. PLAN – วางแผนแก้ปัญหา จากข้อมูล

- MDSR
- Near-miss
- Perinatal death review
- Audit ห้องคลอด

3. STUDY – ประเมินผล

- ตัวชี้วัดดีขึ้นหรือไม่
- ผู้คลอดปลอดภัยขึ้นหรือไม่
- อัตรา delay ลดลงหรือไม่
- ร้อยละการเข้าถึงการรักษาทันเวลาดีขึ้นหรือไม่

2. DO – ดำเนินการแก้ไข

- ปรับปรุง LR Checklist
- จัด training PPH bundle
- เสริมอุปกรณ์ LR
- จัดระบบสื่อสารใหม่



4. ACT – ขยายผล/ปรับปรุงต่อ

- ปรับปรุงคู่มือ
- พัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
- Up-Re skill
- นิเทศและตรวจติดตาม

เอกสารอ้างอิง (References)

- [1] World Health Organization. Trends in Maternal Mortality 2000–2020. Geneva: WHO; 2023.
- [2] กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2566–2570. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์; 2566.
- [3] กรมอนามัย. รายงานการเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR) ประเทศไทย พ.ศ. 2565. สำนักส่งเสริมสุขภาพ; 2566.
- [4] เขตสุขภาพ 1–12. รายงานปัญหาการส่งต่อกรณีฉุกเฉินทางสูติกรรม พ.ศ. 2564–2566. กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
- [5] WHO. Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities. Geneva: WHO; 2016.
- [6] WHO. Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care. Geneva: World Health Organization; 2016.
- [7] กรมอนามัย. แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ พ.ศ. 2564. สำนักส่งเสริมสุขภาพ; 2564.
- [8] WHO. The WHO Application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. Geneva: WHO; 2016.
- [9] WHO. Strengthening Emergency and Essential Referral Systems. Geneva: WHO; 2015.
- [10] WHO SEARO. Networks of Care for Maternal and Newborn Health. New Delhi: WHO; 2022.
- [11] WHO. Telemedicine: Opportunities and Developments in RMNCAH. 2020.
- [12] Ministry of Public Health Thailand. Clinical Governance Framework. MOPH; 2021.
- [13] WHO. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth (MCPC). Geneva: WHO; 2017.
- [14] WHO. Emergency Obstetric and Newborn Care (EmONC) Standards. 2014.
- [15] กรมอนามัย. คู่มือมาตรฐานห้องคลอด (Labor Room Standards). กรมอนามัย; 2565.
- [16] สุจิตต์ คุณประดิษฐ์, เด่นนพพร สุดใจ, นวลพรรณ แทนม้วน, บรรณธิการ. Strengthening Regional MCH/Ob-gyn Network. Pre-Congress Workshop Strengthening Regional MCH/Ob-gyn Network (Enhancing Maternal and Child Health and Obstetric-Gynecologic Services at the Regional Level); 28 ตุลาคม 2568; ชลบุรี.

ภาคผนวก ก

แบบทบทวนองค์ประกอบระบบ One Province One Labor (OPOL)

คำชี้แจงและวิธีการให้คะแนนการประเมินหน่วยบริการ (Checklist OPOL)

การประเมินการดำเนินงาน “One Province One Labor (OPOL)” ของหน่วยบริการทุกระดับ ใช้ระบบให้คะแนนแบบ 3 ระดับ เพื่อสะท้อนระดับความพร้อมและคุณภาพการดำเนินงาน โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 2 = ดำเนินการครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน OPOL และมีหลักฐานชัดเจน

คะแนน 1 = ดำเนินการบางส่วน หรือดำเนินการแล้วแต่ยังไม่ครอบคลุม/ไม่สม่ำเสมอ

คะแนน 0 = ยังไม่ดำเนินการ หรือไม่มีหลักฐานการดำเนินงาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลหน่วยบริการ

ชื่อหน่วยบริการ _____ ระดับ Spoke (รพช.) Node Hub

อำเภอ _____ จังหวัด _____ วันที่ _____

รายการประเมิน	คะแนน			หลักฐาน/หมายเหตุ
	0	1	2	
1. ความพร้อมของหน่วยบริการและการบริหารจัดการทรัพยากรแบบเครือข่าย (Service Delivery & Resource Management)				
1.1 กำหนดบทบาทในระบบ Hub-Node-Spoke (รพ.จังหวัด- รพ.แม่ข่าย - รพ.ชุมชน) ชัดเจน				
1.2 ให้บริการตลอดตามศักยภาพที่กำหนด				
1.3 ห้องคลอดผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย				
1.4 ใช้ CPG / Care Pathway ชุดเดียวกัน ทั้งจังหวัด				
1.5 อุปกรณ์ช่วยชีวิตมารดาและทารกพร้อมใช้				
1.6 มีแผนรองรับกรณีฉุกเฉิน/ทรัพยากรไม่พอ				
1.7 มีความพร้อม OR / ICU สูติกรรม / NICU				
1.8 บริหารจัดการทรัพยากรด้านบุคลากร เต็มศักยภาพ เลือด และเวชภัณฑ์แบบเครือข่ายจังหวัด				
1.9 บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างน้อยปีละ 80% ของบุคลากรที่มีส่วนในการดูแลการคลอด				
1.10 มีการซ้อมแผนความเสี่ยงสำคัญ เช่น Severe PPH, Eclampsia, Cardiac arrest in pregnancy				

รายการประเมิน	คะแนน			หลักฐาน/หมายเหตุ
	0	1	2	
2. ระบบการประเมินและจัดการความเสี่ยง (Risk Assessment & Case Management)				
2.1 ประเมินความเสี่ยงทุกจุดบริการ(ER/ANC/LR/PP)				
2.2 การจัดกลุ่มความเสี่ยงเป็นไปในทิศทางเดียวกัน Low/ High/ Very High risk				
2.3 จัดทำ Individual Care Plan (High risk)				
2.4 Update สถานะความเสี่ยงแบบ real-time				
2.5 Consult สูติแพทย์ตามเกณฑ์				
2.6 วางแผนคลอดล่วงหน้า Very high risk				
2.7 รับ Refer-in เคสซับซ้อน				
2.8 Refer-back หลังพ้นวิกฤติ				
2.9 มีระบบประเมินและบริหารจัดการความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอดตามมาตรฐานจังหวัด				
3. การติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์ห้องคลอดรายวัน (Daily Labor Room Monitoring)				
3.1 อัตราส่วนแพทย์และพยาบาลต่อผู้คลอดไม่น้อยกว่า 1 : 3 ในแต่ละเวร				
3.2 รายงานสถานการณ์ห้องคลอดรายวัน				
3.3 รายงานหญิงรอคลอด/กลุ่มเสี่ยง				
3.4 รายงานสถานะเตียงแม่-ลูก				
3.5 Tele-round ห้องคลอดรายวันเช้า-เย็น				
3.6 Alert system และ Response time				
3.7 วิเคราะห์เคสก่อนการส่งต่อ				
3.8 ติดตามเคสจนคลอดและหลังคลอด				
3.9 รายงานสถานะความพร้อมด้านยา เวชภัณฑ์ และคลังเลือด				
3.10 มีระบบติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์ห้องคลอดรายวันผ่าน Tele-round หรือ Dashboard จังหวัด				
4. ระบบให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางคลินิกตลอด 24 ชั่วโมง (Consultation & Clinical Support)				
4.1 การให้คำปรึกษาแบบ real-time เพื่อการจัดการความเสี่ยง การตัดสินใจทางคลินิก				

รายการประเมิน	คะแนน			หลักฐาน/หมายเหตุ
	0	1	2	
4.2 ขอคำปรึกษา สนับสนุนทางคลินิกตลอด 24 ชม.				
4.3 ตอบรับ consult ภายใน 5 นาที				
4.4 ใช้ Tele-consult / ส่ง NST, EFM, Partograph				
4.5 ใช้ช่องทาง OPOL Line Alert จังหวัด				
4.6 บันทึกผลการ consult ในระบบ				
5. ระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (Seamless Referral System)				
5.1 ใช้เกณฑ์ส่งต่อเดียวกันทั้งจังหวัด				
5.2 ประสานข้อมูล/ส่งต่อข้อมูล/แจ้งข้อมูล ก่อนส่งต่อทุกเคส				
5.3 ระบบ Fast-track ภาวะฉุกเฉิน				
5.4 ดูแลระหว่างส่งต่อแบบ real-time				
5.5 ไม่ปฏิเสธผู้ป่วย				
5.6 ยานพาหนะและการดูแลระหว่างส่งต่อ				
5.7 Mapping เต็มแม่-ลูก ระดับจังหวัด				
5.8 Back referral หลังอาการคงที่				
6. การกำกับติดตามและพัฒนาคุณภาพ (Governance & Quality Improvement)				
6.1 กำกับ ติดตาม และประเมินผลการบริหารจัดการทรัพยากร การจัดการความเสี่ยง และการติดตามสถานการณ์ห้องคลอดรายวัน ผ่านกลไก MCH Board และ Service Plan				
6.2 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ OPOL จังหวัด				
6.3 ทบทวน Maternal / Neonatal death				
6.4 รายงาน Near-miss และ Complication				
6.5 เข้าร่วม Case conference จังหวัด				
6.6 นำผลทบทวนไปปรับปรุงการดูแล				
6.7 ใช้กลไก MCH Board และ Service Plan				

สรุประดับความพร้อม

- พร้อมสูง (ดำเนินการครบ $\geq 80\%$)
- พร้อมปานกลาง (60–79%)
- ต้องเร่งพัฒนา ($< 60\%$)

ภาคผนวก ข

4-P Strategy & One Province One Labor Room

Pre-Congress Workshop Strengthening Regional MCH/Ob-gyn Network (Enhancing Maternal and Child Health and Obstetric-Gynecologic Services at the Regional Level)
By Regional Subcommittee of the Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (RTCOG)



นายแพทย์สุจิต คุณประดิษฐ์

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

(ด้านเวชกรรม สาขาสูติ-นรีเวชกรรม)

มาตรการ 4 Plan (4-P Strategy) เพื่อการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย

การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มารดาและทารกมีความปลอดภัยสูงสุด การลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพระบบสาธารณสุขไทย ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาอย่างชัดเจนทั้งในระดับประเทศและระดับสากล

การดูแลสุขภาพแม่และเด็กเป็นภารกิจสำคัญที่สะท้อนคุณภาพระบบสาธารณสุขของประเทศ เขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยพื้นที่ที่มีทั้งเมืองใหญ่และชนบท รวมถึงพื้นที่ชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน มีบริบทที่หลากหลาย ทั้งด้านภูมิประเทศ การเข้าถึงบริการ และสถานะทางเศรษฐกิจสังคมของประชาชน ส่งผลให้ยังคงพบปัญหาอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกในระดับที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

จากบทเรียนและข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการดำเนินงานในพื้นที่ พบว่า การเสียชีวิตของมารดาและทารกส่วนใหญ่มักเกิดจากปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้น เขตสุขภาพที่ 1 จึงได้พัฒนากลไกสำคัญภายใต้แนวคิด “4 Plan” เพื่อพัฒนาและบูรณาการการดูแลหญิงตั้งครรภ์แบบต่อเนื่องและรอบด้านตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดขึ้นในปี 2561 ประกอบด้วย 1) การวางแผนการตั้งครรภ์ (Plan of pregnancy) 2) การวางแผนฝากครรภ์ (Plan of ANC) 3) การวางแผนการคลอด (Plan of delivery) 4) ระบบติดตามมารดาหลังคลอด (Plan of postpartum follow up) ในเขตสุขภาพที่ 1

ผังมาตรการ 4 Plan เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่



แนวทางการดำเนินงานระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL)

1. การวางแผนการตั้งครรภ์ (Plan of pregnancy)

เน้นการเตรียมความพร้อมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น มีโรคเรื้อรัง ประวัติตั้งครรภ์ผิดปกติ หรือมีปัจจัยทางพันธุกรรม ให้สามารถเข้าถึงการให้คำปรึกษาและตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

การวางแผนการตั้งครรภ์ (Plan of pregnancy) กำหนดให้หน่วยบริการสาธารณสุข 103 แห่ง ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. มีการจัดระบบบริการวางแผนป้องกันการตั้งครรภ์ คุณกำเนิด ในสตรีที่มีโรคทางอายุรกรรม และโรคยังไม่เหมาะสมที่จะตั้งครรภ์ สร้าง Health literacy ของสตรีให้ทราบก่อนตั้งครรภ์ (Heart disease, SLE, Thyrotoxicosis, Chronic Hypertension, DM, Auto-immune disorders, Current/past mental illness และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้) โดยให้มีการป้องกันการตั้งครรภ์ทุกรายกรณีพบว่า โรคยังอยู่ในระยะ ไม่เหมาะสมที่จะสามารถตั้งครรภ์ สำหรับในกรณีที่จะวางแผนการตั้งครรภ์ ให้อายุรแพทย์ประเมินความเหมาะสมที่จะตั้งครรภ์ก่อนทุกครั้ง และเมื่อตั้งครรภ์แล้วต้องได้รับการดูแลในคลินิกครรภ์เสี่ยงสูง (High-risk Clinic) โดยสูติแพทย์ อายุรแพทย์ ทุกราย เพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดมีความปลอดภัย ลดการเสียชีวิตของมารดาจากโรคทางอายุรกรรม ต่อมานำมาสู่การขับเคลื่อนนโยบาย “NCDs ท้องเมื่อพร้อม” และเกิดแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม ในเขตสุขภาพที่ 1 และขยายผลไปในระดับประเทศ

มาตรการสำคัญ

- ส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับการให้คำปรึกษาก่อนตั้งครรภ์ (Preconception Counseling)
- คัดกรองความเสี่ยง เช่น โรคเรื้อรัง (DM, HT), ธาลัสซีเมีย, โรคทางพันธุกรรม
- สนับสนุนให้มีการวางแผนครอบครัว และตรวจสุขภาพก่อนมีบุตร



โรค	เขียว ไม่เหมาะสมที่จะวางแผนการตั้งครรภ์ (High-risk)	เหลือง ไม่เหมาะสมที่จะวางแผนการตั้งครรภ์ (High-risk)	สีแดง ไม่เหมาะสมที่จะวางแผนการตั้งครรภ์ (High-risk)
Heart	WHO class I	WHO class II-III	WHO class IV (Heart failure) / Marfan syndrome with aortic dissection / Aortic aneurysm
SLE + APS	SLE + AP Resection SLE + APS + SLE	SLE (moderately controlled)	Active SLE / Active nephritis / APS / Recurrent organ damage
ไต	-	Active kidney disease (Renal + non-glomerular disease)	CKD stage V (GFR < 15) / Dialysis / Kidney transplant / Active glomerular disease (SLE) remnant
HT	-	Diastolic > 110 mmHg / 3rd stage (eg. Left ventricular hypertrophy)	-
DM	HbA1c > 6.5	HbA1c > 6.5	Recent H31 admission within 6 mo
Thyroid	-	Active Graves' disease	-
Psychiatry	-	Acute psychosis (Schizophrenia, Bipolar disorder) / Severe mental illness (eg. Depression, Anxiety disorder, Obsessive compulsive disorder)	-
Malignancy	-	Any CA	Any CA / CA stage IV
Liver disease	-	Chronic liver disease Child-Pugh class A-B MELD < 20	Child-Pugh class C
Obesity	-	Severe obesity (BMI > 35)	-
Metabolic syndrome	-	Metabolic syndrome	-
Neurology	-	Epilepsy	Refractory epilepsy if on multiple antiepileptic
Lung	-	Controlled asthma, controlled COPD	Chronic lung disease, uncontrolled asthma, uncontrolled COPD, Pulmonary arterial hypertension, Pulmonary embolism
Hematology	Transfusion-independent Thalassemia, Pernicious ITP or other hematology disease	Active ITP (on prednisolone), Transfusion-dependent Thalassemia	Active Thrombocytopenia, On immunosuppressant, Lymphoma, ITP if on immunosuppressive drugs, Bone marrow transplantation
Infectious	-	HIV	Active TB, MDR TB, Active HIV + opportunistic infection eg. PCP
Rheumatology	-	Scleroderma with lung involvement	-

2. การวางแผนฝากครรภ์ (Plan of ANC)

มุ่งให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการฝากครรภ์เร็ว โดยเฉพาะภายใน 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ พร้อมจัดระบบการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการตรวจและติดตามตามแนวทาง ANC คุณภาพ เพื่อให้สามารถวางแผนการคลอดที่เหมาะสมได้ตั้งแต่ระยะแรก

มาตรการสำคัญ

- แบ่ง Level ของ ANC ตามศักยภาพโรงพยาบาล
- Early ANC
- Prevent Preterm
- Prevent IUGR
- Health literacy ของสตรีตั้งครรภ์ให้มีความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม



Plan ANC		2. Plan of ANC		
Very low รพช.	Low รพช.	Medium M1 M2	High A S	Very high โรงเรียนแพทย์
<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีทวิต 2. แพทย์ที่จรรยาRefer สันถุนหรือผล./ PCU 3. อุณหภูมิครรภ์คงที่ 5 ครั้ง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teenage pregnancy 2. Elderly gravida 3. Previous C/S หรือเคยผ่าอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น มดลูก รังไข่ 4. Bleeding per vagina หรือการฉีก 5. มารดาสูงน้อยกว่า 145 ซม. 6. เบนคลอดบุตรน้ำหนัก < 2500 gm เป็นปกติจาก Preterm 7. เบนคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม 8. BMI <18.5 , >25 kg/m² 9. สังเกตความเสี่ยงต่ำทั้งหมด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีประวัติเนื้องอกต่อม 3 ครั้งขึ้นไป 2. Twin 3. GDM 4. PIH 5. ลิ่มมาเสฟลิด / สรา 6. มีเลือดออกช่องคลอดที่ยังมีอาการ 7. เคยมีทารกตายในครรภ์/ตามคลอด 8. มีประวัติเส้นทางการสูติกรรมเช่น ตกเลือด , คลอดติดใน 9. Pregnancy with myoma, ovarian tumor 10. SGA/ IUGR 11. มีประวัติ Preterm/ CL<2.5 cm 12. โรคทางอายุรกรรมร่วม เช่น CHT, DM, Thyroid, HIV, Anemia, SLE หรือระบบการอื่น ไม่มี complication ร่วม 13. ผู้มีประวัติมีอาการทางจิตร่วม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครรภ์แฝด 3 ขึ้นไป 2. Pregnancy ที่มีก้อนขนาดใหญ่ เช่น large myoma, ovarian tumor ขนาดใหญ่ที่ยังไม่ได้นำตัด 3. โรคทางอายุรกรรมที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ, SLE (Active) 4. สงสัย PND 5. RH negative <ul style="list-style-type: none"> - Preg c thyroid - Preg c Heart - Preg c Medical disease เช่น DM, severe eclampsia - Preg c thalassemia - จิตเวช 	

3. การวางแผนการคลอด (Plan of delivery)

สร้างระบบสนับสนุนการคลอดที่ปลอดภัยทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยใช้ระบบ One Province One Labor Room และการประเมินความเสี่ยงล่วงหน้าผ่านเครื่องมือและเกณฑ์มาตรฐาน เช่น Partograph, CPD Score, FHS เพื่อให้เกิดการส่งต่อที่เหมาะสมและทันเวลา ลดการคลอดที่มีความเสี่ยงโดยบุคลากรไม่พร้อม

การฝากครรภ์นัดตรวจ ในกรณี LOW RISK		
1	ครั้งแรก (<12 สัปดาห์) (Lab 1 นัดฟังผลเลือด / โรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 1)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Urine Culture, Multiple Dipstick
2	ครั้งที่ 2 (20 สัปดาห์)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Caicum + Ultrasound
3	ครั้งที่ 3 (26 สัปดาห์)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Caicum
4	ครั้งที่ 4 (30 สัปดาห์) (Lab 2 นัดฟังผลเลือด / โรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 2)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Caicum
5	ครั้งที่ 5 (34 สัปดาห์)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Caicum
6	ครั้งที่ 6 (36 สัปดาห์)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Caicum + ประเมินท่าเด็ก/ส่วนน้ำ
7	ครั้งที่ 7 (38 สัปดาห์)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Caicum + ประเมินท่าเด็ก/ส่วนน้ำ
8	ครั้งที่ 8 (40 สัปดาห์)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Caicum + ประเมินท่าเด็ก/ส่วนน้ำ

ถ้ายังไม่เริ่มครรภ์คลอด นัดมาคลอดอายุครรภ์ครบ 41 สัปดาห์

มาตรการสำคัญ

- การวางแผนการคลอด (Plan of delivery) ประกอบด้วย
 - 1) แบ่ง Level ของการ คลอด ตามศักยภาพโรงพยาบาล
 - 2) Risk Assessment และการบริหารจัดการการคลอด
 - 3) การพัฒนาห้องคลอดคุณภาพ
 - 4) มาตรการ Labor /PIH/standing order
 - 5) No Home birth Delivery Policy
 - 6) การดำเนินการ One Province One Labor Room (One LR)
 - 7) Fast Track Obstetrics (ALSOP)



3. Plan of Delivery

- 1.แบ่ง Level ของการ คลอด ตามศักยภาพโรงพยาบาล
- 2.Risk Assessment และการบริหาร จัดการคลอด
- 3.ห้องคลอดคุณภาพ
4. มาตรการ Labor /PIH/standing order
5. No Home birth Delivery Policy
6. One Province One Labor Room(One LR)
7. Fast Track Obstetrics(ALSOP)

III Plan of Delivery แบ่ง Level ของการ คลอดตามศักยภาพโรงพยาบาล 3. Plan of Delivery Risk Assessment และการบริหารจัดการการคลอด Safety Delivery in Hospital

Low คลอด รพช.	Medium คลอด M1 M2	High คลอด A S,	โรงเรียนแพทย์
No previous uterine surgery	Prior cesarean or uterine surgery	Placenta previa/low lying placenta	
Singleton	Multiple gestation		Suspected placenta accrete, increta, percreta
≤ 3 previous vaginal deliveries	≥ 4 previous vaginal deliveries	Hematocrit <30 and other risk factors	
No known bleeding disorder	Chorioamnionitis	Platelets <100k	
No history of PPH	History of PPH	Active bleeding	

Plan of Delivery

No Home Birth Delivery Policy

คลอด SWสด.
บ้านพักโรคคลอด

Skill Birth Attendance



Fast track in obstetrics

ALSOP

Advanced
Live
Support in
Obstetrics and
Pediatic



Postpartum Hemorrhage



First10EM.com

4. ระบบติดตามมารดาหลังคลอด (Plan of postpartum follow up)

เน้นการติดตามหญิงหลังคลอดในระยะวิกฤต โดยเฉพาะ 7 - 42 วันหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น การตกเลือดหลังคลอด ภาวะซึมเศร้า ฯลฯ ควบคู่กับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการดูแลพัฒนาการทารกอย่างใกล้ชิด มีระบบ การติดตามหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพ 7,14, 30 วัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์หญิงหลังคลอดปกติ และที่มีภาวะเสี่ยง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกราย (Close follow up postpartum care in high risk group) และสร้าง Health Literacy มารดาหลังคลอดให้ทราบอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์อย่างทันที่



มาตรการสำคัญ

- เยี่ยมหลังคลอดทุกราย ภายใน 1-2 สัปดาห์หลังคลอด
- ตรวจสอบสุขภาพจิตมารดา และพัฒนาการทารก
- คัดกรองภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น PPH, ภาวะซึมเศร้า
- ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 100% อย่างต่อเนื่อง

4. Plan of follow-up postpartum care

7,14, 30 วัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์
หญิงหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยง
ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกราย
(Close follow up postpartum
care in high risk group)

Health Literacy อาการผิดปกติที่ต้องมา
พบแพทย์

**Telemed ดูแลร่วมกับสหวิชาชีพ
นัดหญิงหลังคลอดที่มีความเสี่ยงสูง**



การวางเป้าหมาย

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมได้รับการวางแผนการตั้งครรภ์อย่างเหมาะสมครบ 100%
- หญิงตั้งครรภ์ทุกรายฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งต่อเข้าคลินิกครรภ์เสี่ยงสูงครบ 100%
- อัตราการตายของมารดา (MMR) ลดลงให้ต่ำกว่า 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย
- มารดาหลังคลอดได้รับการติดตามสุขภาพหลังคลอดไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
- อัตราการคุมกำเนิดระยะยาวหลังคลอด (LARC) เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

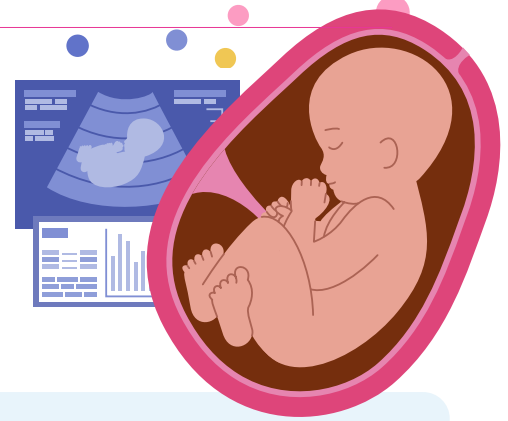
ตัวชี้วัด

- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคทางอายุรกรรมได้รับการวางแผนการตั้งครรภ์ก่อนตั้งครรภ์
- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์
- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลที่คลินิกครรภ์เสี่ยงสูง
- อัตราการตายของมารดา (Maternal Mortality Ratio: MMR) ในเขตสุขภาพที่ 1
- ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการคุมกำเนิดระยะยาว (LARC)
- ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการติดตามสุขภาพครบตามเกณฑ์

ผลลัพธ์ของมาตรการ

4P ในเขตสุขภาพที่ 1

การดำเนินมาตรการ 4P เพื่อการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย ในเขตสุขภาพที่ 1 ได้ขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิด การเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทั้งในระดับพื้นที่และระดับเขต โดยมีผลลัพธ์ที่สำคัญ ดังนี้



1. การลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิด มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio: MMR) และอัตราการตายทารกแรกเกิด (Neonatal Mortality Rate: NMR) ลดลง จากเมื่อเริ่มดำเนินมาตรการ
2. การเพิ่มสัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Plan of Pregnancy) หญิงตั้งครรภ์ ในเขตสุขภาพที่ 1 ได้รับการประเมินความเสี่ยงและมีแผนการดูแลเฉพาะรายมากขึ้นกว่า 95% ของกลุ่มเป้าหมาย
3. การยกระดับคุณภาพบริการในสถานพยาบาล (Pan of ANC, Delivery) โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 มีการจัดระบบบริการฝากครรภ์ คลอด และการส่งต่อที่มีมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต (One Province One Labor Room) และสามารถตอบสนองต่อภาวะแทรกซ้อนได้ทันที่
4. การเพิ่มความพร้อมของบุคลากรและระบบตอบสนองภาวะฉุกเฉิน บุคลากรสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรม เฉพาะทางและการซ้อมแผนรับมือภาวะฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้การดูแลกรณีความเสี่ยงสูง เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ หรือตกเลือดหลังคลอด มีความปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน
5. การบูรณาการเครือข่ายบริการในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพเกิดการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่าง โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลเครือข่าย และหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้การส่งต่อและการให้บริการในระดับ เขตสุขภาพมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
6. การสร้างระบบข้อมูลสารสนเทศที่สนับสนุนการวางแผนและติดตามผล มีการพัฒนาระบบข้อมูลแม่ และเด็กที่ทันสมัย สามารถติดตามสถานะหญิงตั้งครรภ์และการคลอดแบบเรียลไทม์ นำมาใช้ในการวางแผนบริการ และติดตามคุณภาพผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ

มาตรการ 4 Plan

จึงเป็นกลไกเชิงระบบที่มีเป้าหมายสำคัญคือ “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย พัฒนาการเด็กสมวัย” โดยผ่านการบูรณาการเครือข่ายสาธารณสุขในทุกระดับ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ พร้อมสนับสนุนระบบข้อมูลและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ ลดการเสียชีวิตของแม่และเด็กในเขตสุขภาพที่ 1 อย่างยั่งยืน



Reference

1. เขตสุขภาพที่ 1. (2561). มาตรการ 4 Plan เพื่อการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง และการลด MMR/NMR.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2565). รายงานสุขภาพแม่และเด็กประจำปี.
4. World Health Organization. (2019). Strategies toward Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM).

โครงการ

One Province One Labor Room

เป็นแนวคิดและนวัตกรรมที่ริเริ่มโดย นพ.สุจิต คุณประดิษฐ์ มีเป้าหมายสำคัญเพื่อ **ยกระดับความปลอดภัยในการคลอด** โดยการพัฒนาห้องคลอดของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดให้มีมาตรฐานเดียวกัน ภายใต้ระบบให้คำปรึกษาจากสูติแพทย์อย่างทั่วถึง

การคลอดเป็นช่วงเวลาวิกฤตที่สุดในกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนสามารถเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง หากไม่มีระบบที่สามารถเฝ้าระวัง ป้องกัน และจัดการความเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที อาจส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาและทารกที่สามารถป้องกันได้ ในจังหวัดลำพูนซึ่งประกอบด้วย 7 โรงพยาบาลชุมชนพบว่ายังมีความแตกต่างด้านศักยภาพของโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดแคลนสูติแพทย์ และบุคลากรบางแห่งต้องดูแลผู้คลอดโดยลำพัง โดยประชากรส่วนใหญ่ จังหวัดลำพูน อยู่ในอำเภอเมืองร้อยละ 40 ประมาณร้อยละ 60 อยู่ในอำเภออื่นๆ โรงพยาบาลชุมชนขาดสูติแพทย์ การคลอดในโรงพยาบาลชุมชนมีความเสี่ยง การพัฒนาระบบให้มีการดูแลการคลอด ในภาพจังหวัด มีความสำคัญเพื่อป้องกันอันตรายจากการตั้งครรภ์ และการคลอดในโรงพยาบาลชุมชน การพัฒนาระบบ One Province One LR ของจังหวัดลำพูน เพื่อให้การคลอดในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดลำพูน มีความปลอดภัย สูติแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลลำพูนมีการเฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นใน รพ.ลำพูน และ รพช.ทุกแห่ง สูติแพทย์ และพยาบาลของโรงพยาบาลลำพูน เสมือนเป็นสูติแพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนด้วย



แนวทางการดำเนินงานระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL)

จากการทบทวนกรณีความเสี่ยงของมารดาและทารกในครรภ์ พบว่า ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด เช่น การตกเลือดหลังคลอด ภาวะ Fetal distress และ shoulder dystocia เป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ หากมีระบบการเฝ้าระวังและการสนับสนุนแบบ real-time รวมถึงการส่งต่ออย่างรวดเร็วในเวลาที่เหมาะสม ดังนั้น จึงได้พัฒนาแนวคิดและดำเนินโครงการ One Province One Labor Room (OPOL) เพื่อสร้างระบบเครือข่ายดูแลการคลอดที่ปลอดภัยครอบคลุมทั้งจังหวัด โดยเน้นความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย กับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเดียวกัน ให้สามารถให้คำปรึกษา สนับสนุน และรับการส่งต่อได้อย่างทันท่วงที

หลักการสำคัญของโครงการ OPOL คือ “คลอดในโรงพยาบาลไหนในจังหวัด ก็ต้องปลอดภัยเหมือนกัน” โดยมีการดำเนินงาน 3 ระดับ ดังนี้

1. ระบบสื่อสารทันที (Real-time Communication)

ตั้งกลุ่มไลน์ “ห้องคลอดจังหวัด” เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลรายงานเคสที่อยู่ในห้องคลอด และขอคำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ทันทีตลอด 24 ชั่วโมง

2. ระบบเฝ้าระวังด้วยข้อมูล (Data-based Surveillance)

พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลาง (เช่น IHIM หรือ Web-based form) ให้โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลผู้คลอด เช่น Hct, Estimated fetal weight, CPD Risk score, FHS, Progress ฯลฯ เพื่อช่วยในการตัดสินใจส่งต่อ (Auto Refer) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ระบบส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ (Smart Referral)

กำหนดเกณฑ์การส่งต่อที่ชัดเจน เช่น FHS < 110 bpm, BP > 150/100 mmHg, CPD Risk Score > 10, PPH > 300 ml ฯลฯ พร้อมการ consult ก่อนส่งต่อทุกเคส เพื่อให้โรงพยาบาลปลายทางเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม

การดำเนินงาน

- มาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด
 - ห้องคลอดทุกแห่งในจังหวัดมีมาตรฐานด้านโครงสร้าง อุปกรณ์ บุคลากร และแนวทางการดูแล
 - สนับสนุนให้แม่คลอดในโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านที่สุด โดยมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัย
- ระบบการให้คำปรึกษาจากสูติแพทย์
 - จัดให้มีช่องทางการให้คำปรึกษาระหว่างบุคลากรในห้องคลอดกับสูติแพทย์ทุกกรณี โดยเฉพาะกรณีที่มีความเสี่ยงหรือซับซ้อน
 - เชื่อมโยงโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลศูนย์
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร
 - จัดอบรมและฝึกทักษะการดูแลการคลอดตามมาตรฐานสากล
 - เน้นการดูแลแบบทีม (Team-based Care) ที่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจน
- ระบบข้อมูลและการติดตามประเมินผล
 - มีระบบติดตามผลลัพธ์ เช่น อัตราการส่งต่อ อัตราการผ่าคลอด อัตราป่วยตายของแม่และทารก
 - ใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงกระบวนการบริการอย่างต่อเนื่อง



รายละเอียดการดำเนินการ

ในวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559 โรงพยาบาลลำพูนดำเนินการตั้ง Line group LPN Labor Room โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดลำพูน มีระบบ Line ห้องคลอดที่ active โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดลำพูน มีการรายงาน case ที่อยู่ในห้องคลอดทุกแห่ง ให้ รพ.ลำพูน รับทราบสถานการณ์การคลอด ใน รพช. ทุกแห่ง ในแต่ละวัน เพื่อช่วยให้ รพช. ไม่ดูแล case คลอดโดยลำพัง เพื่อให้การคลอดในจังหวัดมีความปลอดภัยอย่างแท้จริง

One Province One Labor Room (OPOLr) 29 กุมภาพันธ์ 2559



ระบบ line ห้องคลอดที่ active

มีการรายงาน case ที่อยู่ในห้องคลอดทุกแห่ง เพื่อให้ รพช./รพช./รพช. กราบสถานการณ์การคลอดในแต่ละวัน เพื่อให้การคลอดในจังหวัดที่มี 10-20 ราย/วัน มีความปลอดภัยอย่างแท้จริง



one province one labor room ที่ช่วยรับทราบสถานการณ์การคลอดในแต่ละวัน เพื่อช่วยให้ น้องๆ รพช. ไม่ดูแล case โดยลำพัง



ข้อจำกัด ไม่ real time ไม่รู้ status ชั่วขณะ

One Province One Labor Room (OPOL) 1 กรกฎาคม 2566

พัฒนา
One Province One Labor Room

นำระบบ ihims มาใช้ ร่วมกับ One LR Line

Monitor Case ฝากคลอดใน รพช. โดยสูติแพทย์ และพยาบาลห้องคลอด รพ.ลำพูน

มีมาตรการส่งต่อ ตาม MOU เขตสุขภาพที่ 1

Program IHIM



รพช M2

รพช F1



การดำเนินการเพื่อพัฒนาเป็น One Province One Labor Room (OPOL) จังหวัดลำพูน

3. ข้อบ่งชี้การส่งต่อ Auto Refer Case ฝากคลอด จากโรงพยาบาลชุมชน มาโรงพยาบาลลำพูน จากการประเมินเบื้องต้น ใน Program IHIM

1. ความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด (Hematocrit) < 30 %
2. ประเมินน้ำหนักเด็ก มากกว่าเท่ากับ > 3500 กรัม
3. CPD Risk Score > 10 คะแนน
4. Maternal BP > 150/100
5. Progress ช้า < 1 cm ใน 2 ชั่วโมง
6. FHS Drop < 110 beat/minute
7. PPH > 300 ml, HR>100 BP Systolic drop > 30 Diastolic drop > 20

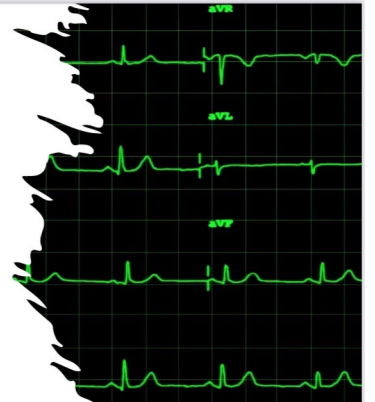


Digital MCH

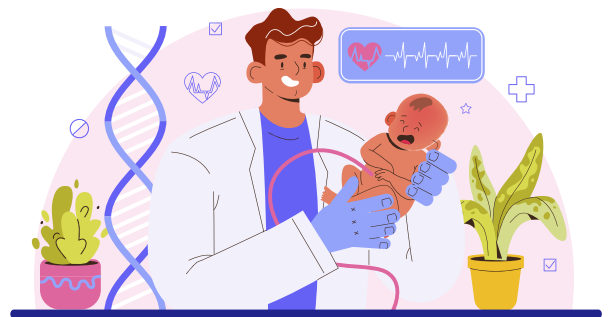
การดำเนินการเพื่อพัฒนาเป็น One Province One Labor Room (OPOLr) จังหวัดลำพูน

ข้อบ่งชี้การส่งต่อ Auto Refer Case ฝากคลอด จากโรงพยาบาลชุมชน มาโรงพยาบาลลำพูน จากการประเมินเบื้องต้น ใน Program IHIM

1. ความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด (Hematocrit) < 30 %
2. ประเมินน้ำหนักเด็ก มากกว่าเท่ากับ > 3500 กรัม
3. CPD Risk Score > 10 คะแนน
4. Maternal BP > 150/100
5. Progress ช้า < 1 cm ใน 2 ชั่วโมง
6. FHS Drop < 110 beat/minute
7. PPH > 300 ml, HR>100 BP Systolic drop > 30 Diastolic drop > 20



ห้องคลอดให้มีมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 1 โดยมีเป้าหมาย ให้มีระบบให้คำปรึกษากับสูติแพทย์ทุกราย ในมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด ทำให้การคลอดในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดมีความปลอดภัยอย่างแท้จริง จนพัฒนาเป็นโปรแกรม One Labor ที่ทำให้การดูแลการคลอดแบบหนึ่งเดียว ที่เชื่อมโยงข้อมูลการคลอดของโรงพยาบาลชุมชน (ไม่มีสูติแพทย์) โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลแม่ข่ายได้ ซึ่งสามารถดูแล ฝ้าระวังการคลอดในทุกโรงพยาบาลในจังหวัดแบบ Real-time ได้ โดยให้สูติแพทย์และพยาบาล ช่วยฝ้าระวัง monitor การคลอดของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัด ทำให้การคลอดในจังหวัดมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้นและส่งผลกระทบต่อระบบการส่งต่อที่รวดเร็วขึ้น โดยได้ขยายผลไปยังทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 103 โรงพยาบาล ในเดือนมิถุนายน 2567



ตัวชี้วัด

- ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ OPOL ได้ครบ 100%
- ร้อยละของเคสคลอดที่มีการรายงานผ่านระบบ Real-time Communication อย่างน้อย 90%
- ร้อยละของภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับการตอบสนองและการส่งต่อภายในระยะเวลาที่กำหนด (ไม่เกิน 30 นาที)
- อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกจากภาวะฉุกเฉินระหว่างคลอด ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ภายใน 3 ปี

ผลลัพธ์

- ทำให้การคลอดปลอดภัยอย่างแท้จริงในทุกโรงพยาบาลในจังหวัด
- ลดความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกลดลง

ความสำเร็จ

- โครงการ OPOL เริ่มดำเนินการต้นแบบที่จังหวัดลำพูนและขยายผลสู่ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 ครอบคลุม 8 จังหวัด
- กระทรวงสาธารณสุขประกาศรับรองโครงการ OPOL เป็นนโยบายการดูแลแม่และเด็กในระดับประเทศ
- พัฒนาระบบเครือข่ายห้องคลอดที่มีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ
- แพทย์ พยาบาล และบุคลากร มีความชำนาญเพิ่มขึ้นในการจัดการภาวะฉุกเฉินขณะคลอด

การประเมินผล

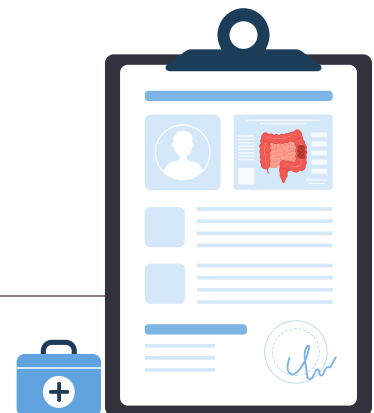
- การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเป็นประจำทุกปี ผ่านการนิเทศติดตาม เยี่ยมเสริมพลังและการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง
- การสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรและโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ
- การประเมินตัวชี้วัดสำคัญ เช่น อัตราการเสียชีวิตของมารดา ทารกแรกเกิด และอัตราการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน
- การวิเคราะห์แนวโน้มการลดลงของภาวะแทรกซ้อน และการปรับปรุงมาตรการอย่างต่อเนื่อง

แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- บันทึก Partograph, FHR และ PV Print ลงในเวชระเบียน
- รายงานผลแบบรายเดือน
- ขยายระบบเฝ้าระวังไปยังโรงพยาบาลอื่น

Reference

1. โรงพยาบาลลำพูน . (2559). มาตรการ one province one labor room เพื่อการคลอดที่ปลอดภัย.
2. เขตสุขภาพที่ 1. (2566). การพัฒนา Digital MCH ด้วย program “One Labour” เพื่อการคลอดที่ปลอดภัย.



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างกระบวนการจัดการบริการแบบ One Province One Labor (OPOL)

การเตรียมความพร้อมในการจัดบริการ

- ผู้บริหารหลักต้นด้านนโยบายให้มีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม
 - ให้ความสำคัญ เป็นประเด็นมุ่งเน้นหลักในพื้นที่
 - กำหนดนโยบายการขับเคลื่อนงานอย่างชัดเจน
 - สนับสนุนทรัพยากร (เงิน คน ของ) เพิ่มอัตรากำลัง/สร้างขวัญกำลังใจ สนับสนุนงบประมาณ/สรรหาแหล่งทุน
- มีคณะกรรมการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก (MCH board) ระดับจังหวัด และระดับอำเภอทุกอำเภอ
- มีคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาและทารก เมื่อเกิดการตายของมารดา มี Maternal Mortality Conference โดยผู้บังคับบัญชา ผู้อำนวยการ นายแพทย์ สาธารณสุข จังหวัด ผู้ตรวจราชการเข้าร่วมประชุม และให้สูติแพทย์ แพทย์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้ให้ข้อคิดเห็น
- พัฒนาระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา แก้ไขปัญหาร่วมกันแบบสหวิชาชีพ
- จัดทำแผนงานการพัฒนากระบวนการคลอดแบบเครือข่ายด้วยมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด **One Province One Labor (OPOL) ประกอบด้วย**
 - มีระบบ **Monitoring care Team** โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับลูกข่าย
 - มีระบบให้คำปรึกษาแบบเครือข่าย Multidisciplinary consultation team Seamless Consultation ระหว่างแพทย์ทั่วไปกับสูติแพทย์/สูติแพทย์กับอายุรแพทย์
 - มีระบบที่ทันสมัย รวดเร็ว นำเทคโนโลยีและดิจิทัลมาช่วยในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ
 - มีระบบส่งต่อ **Referral system** 1) กำหนดเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อเป็นลายลักษณ์อักษร 2) Fast Track Obstetrics, Trauma Fast Track Obstetrics 3) Auto Refer เมื่อพบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ส่งต่อทันที
- มีแผนบริหารจัดการทรัพยากรแบบโรงพยาบาลแม่ข่าย/ลูกข่ายที่ชัดเจน
 - พัฒนาคุณภาพบริการ บูรณาการการดำเนินงานระหว่าง MCH board ร่วมกับ Service plan ในพื้นที่
 - ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก สำหรับโรงพยาบาล และเครือข่ายระดับจังหวัด
 - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลรักษาสตรีที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์
 - พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้คลอดแบบไร้รอยต่อ จัดทำคู่มือการประสานการส่งต่อในโซนบริการ
 - พัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่าย ส่งเสริมประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพ
- มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วนในพื้นที่ และพัฒนาระบบการให้คำแนะนำปรึกษา (Consulting system) ระหว่างแพทย์ทั่วไปกับสูติแพทย์ และระหว่างสูติแพทย์กับอายุรแพทย์ ด้วยระบบที่ทันสมัย รวดเร็ว นำเทคโนโลยีและดิจิทัลมาช่วยในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ
- สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วนในพื้นที่ ร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน

การติดตามและประเมินผล

1. ประชุม MCH Board ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด ไตรมาสละ 1 ครั้ง
2. ประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาทุกราย (Maternal Mortality Conference) ตามแนวทางการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังมารดาตายสำหรับประเทศไทย (Thailand Maternal Death Surveillance and Response Guideline) โดยกรมอนามัย
3. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง (Coaching) เครือข่ายโรงพยาบาล
4. การประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล โรงพยาบาลทุกระดับต้องผ่านเกณฑ์การประเมินรับรองอย่างน้อยร้อยละ 80 โดยเฉพาะ ANC และ LR
5. ด้านผลลัพธ์
 - o ร้อยละจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนเครือข่ายหน่วยบริการ **One Province One Labor (OPOL)** ทุกระดับ
 - o อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 14 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
 - o อัตราทารกเกิดไร้ชีพไม่เกิน 5 ต่อพันการเกิดทั้งหมด
 - o ลดการตายมารดาเกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้และสาเหตุทางอ้อม

แนวทางการบริหารทรัพยากรของสถานพยาบาล

1. การเตรียมทรัพยากรบุคคล (Man)

การบริหารกำลังคน พัฒนาคความรู้ ทักษะ และกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลกับงานให้มากที่สุด

1.1 Share resource:

Man → สูติแพทย์, พยาบาลห้องคลอด

1.2 กำหนดแม่ข่ายลูกข่ายอย่างชัดเจนตามศักยภาพของโรงพยาบาล

- o โรงพยาบาลแม่ข่ายไม่ปฏิเสธการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่าย
- o ทุกหน่วยบริการต้องให้บริการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- o ร่วมกำหนดเกณฑ์ เงื่อนไข ในการดูแลและส่งต่อที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม มีลายลักษณ์อักษร เพื่อเป็นการ MOU ร่วมกันในพื้นที่
- o ทีมสูติแพทย์ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของแต่ละจังหวัดเป็นทีม โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลชุมชนเป็นลูกข่าย
- o ทีมโรงพยาบาลแม่ข่ายมีหน้าที่ในการให้คำปรึกษาและวางแผนการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลลูกข่ายร่วมกัน
- o ทีมโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย ติดตามและสรุปเคสทุกวันร่วมกันทุกวัน เปรียบเสมือนเป็นการให้สูติแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้เดินตรวจผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลลูกข่ายได้ทุกวัน ทำให้ดูแลคนไข้ได้ใกล้ชิดมากขึ้น



แนวทางการดำเนินงานระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL)

- 1.3 กำหนดเกณฑ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามศักยภาพ Risk Management ตาม Indication
- 1.4 Share resource Knowledge → Risk identification, CPG, Emergency management
- 1.5 พัฒนาศักยภาพบุคลากรแม่ข่าย ลูกข่าย โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โดยต้องผ่านการอบรมความเสี่ยงสูงเฉพาะทางสูติกรรมและต้องได้รับพัฒนาความรู้ ทักษะอย่างต่อเนื่องทุกปี เช่น
 - การใช้แบบฟอร์มมาตรฐาน กราฟ การดูแลการคลอด แบบประเมิน EFM และ guideline ในห้องคลอด
 - การฟื้นคืนชีพของมารดาและทารกแรกเกิด
 - ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ (การคลอดติดไหล่, ตกเลือด, ชัก/eclampsia, prolapsed cord, คลอดทำกัน)
 - การดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต (respiratory distress ,hypoglycemia)
- 1.6 บุคลากรห้องคลอดที่มีอายุงานมากกว่า 6 เดือน ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทุกราย (100%) ได้รับการอบรมในหัวข้อ 1 - 4 จากข้อ 1.5

วิธีการ ขั้นตอน หรือขบวนการในการทำงาน ต้องมีการจัดการ การวางแผน การติดตาม การตรวจสอบ และการกำกับติดตาม นำเอาความรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในการทำงานให้ดีขึ้น ลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก ประหยัดเวลา สามารถติดตามตรวจสอบได้ง่าย และมีประสิทธิภาพ

2. การบริหารจัดการระบบและกำหนดบทบาทหน้าที่ (Management)

- 2.1 ระบบกำกับ ติดตาม (Monitor) โรงพยาบาลลูกข่ายต้องส่งข้อมูลหญิงรอคลอดทุกราย ได้แก่
 - กำหนดช่วงเวลาในการรายงานสถานการณ์หรือการติดตามสถานการณ์รายวัน/รายชั่วโมง (ตามข้อตกลงร่วมกันของเครือข่าย)
 - มีข้อมูล/Data Program ที่น่าเชื่อถือหรือสามารถเชื่อม HIS ทั้งในส่วนของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความเสี่ยงที่ส่งผลต่อการคลอด โดยแบ่งออกเป็น Low risk, Moderate risk, High risk
 - ข้อมูลการ Admit การประเมินความเสี่ยงแรกรับ ด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น CBC (Hematocrit) แรกรับ, BP มารดา, CPD Risk Score, Estimate fetal weight จาก U/S, Partograph, Progression, FHS (NST/EFM), BP, Blood loss
 - โรงพยาบาลลูกข่ายรายงานความก้าวหน้า (Progression) ของหญิงตั้งครรภ์ทุกรายในห้องคลอดผ่านระบบการติดตาม เช่น ระบบ Online progression of labor /Online Fetal heart sound เป็นต้น แก่ โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อสูติแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลแม่ข่าย ให้คำแนะนำและร่วมตัดสินใจในการดูแล รักษา หรือส่งต่อ ได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย
 - ประเมินภาวะเสี่ยงโดยใช้ Admission test โดย EFM หรือ Sound provoked
- 2.2 ระบบให้คำปรึกษา
 - สะดวก รวดเร็ว เช่น โทรศัพท์ Line Telemedicine
 - มีการโต้ตอบกลับ อ่านหรือตอบไลน์ และมีการตอบสนอง
 - ร่วมกันดูแลหญิงรอคลอดตลอด 24 ชั่วโมง เสมือนเป็นห้องคลอดเดียวกัน



2.3 ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงหญิงรอลคลอดในท้องคลอด (Risk Management)

หน่วยบริการ	การบริหารความเสี่ยง
โรงพยาบาลแม่ข่าย, รพท., รพศ.	ดูแล High risk case ที่ส่งต่ออย่างเหมาะสม → to proper LR
ห้ามคลอดใน รพช.	<p>Early refer เมื่อมีข้อบ่งชี้</p> <ul style="list-style-type: none"> o ทางสูติกรรม เช่น PIH, Placenta previa and accreta o ทารก เช่น Preterm < 34 สัปดาห์ o Medical indication เช่น Heart and lung disease, thrombocytopenia, severe anemia, Sepsis o Other indication → OR ไม่พร้อม, Blood bank ไม่เพียงพอ ต้องมีการ Proper management ก่อนส่งต่อเสมอ
คลอดที่ รพช. ได้ (รพช. ที่ไม่มีสูติแพทย์)	<ul style="list-style-type: none"> o เฉพาะ Low risk เท่านั้น o มีระบบติดตาม case รอลคลอดโดยสูติแพทย์จาก โรงพยาบาลแม่ข่าย o สูติแพทย์จาก โรงพยาบาลแม่ข่าย ต้องทราบสถานการณ์ case เพื่อร่วมกันดูแล และตัดสินใจในการดูแลที่เหมาะสม o Basic assessment <ul style="list-style-type: none"> I. Maternal → PE, PV, U/S (ตามข้อบ่งชี้) II. Fetal → NST (Intermittent or continuous), FHS o Low risk Case มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอด เมื่อพบความเสี่ยงขณะ รอลคลอดควรได้รับการส่งต่ออย่างรวดเร็ว เช่น o Progression of labor → Partograph alert → Early detection → Early Refer o Protract of dilatation or descent o Arrest of dilatation or descent o Fetal assessment o Non-Cat I EFM (Non-reassuring, Fetal distress)

2.4 การประเมินความเสี่ยงที่สำคัญ

- a) Progression of labor → Partograph alert → Early detection → Early Refer
 - o Protract of dilatation or descent
 - o Arrest of dilatation or descent
- b) Fetal assessment → Non-Cat I EFM (Non-reassuring, Fetal distress)
- c) Emergency management (Proper management before refer)
 - Preeclampsia → Warning sign → Early assessment (W/U Lab → Severe feature → Mg + control BP + Refer)

d) Intrapartum fever (Severe infection → Sepsis) → Early proper ATB

e) PPH

- Prevent PPH (Normal risk or High risk)
- Treatment PPH → Drug, Fluid management, Early Refer
- Package of interventions → E-MOTIVE

f) แนวทางการเฝ้าคลอด

- ประเมินภาวะเสี่ยงโดยใช้ Admission test โดย EFM หรือ Sound provoked
- แปลผล intrapartum EFM ตามแบบประเมิน EFM ที่กำหนด
- บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มมาตรฐาน admission record (กรรมการแพทย์)
- ใช้กราฟดูแลการคลอด การใช้กราฟอย่างถูกต้อง/ ฟังการเต้นของหัวใจทารกเป็นระยะ

2.5 ระบบส่งต่อ ที่มีข้อบ่งชี้ Auto Refer Case ปลอดภัยจากโรงพยาบาลชุมชนยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น

- o ความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด (Hematocrit) < 30mg%
- o ประเมินน้ำหนักเด็กมากกว่าเท่ากับ > 3,500 กรัม
- o CPD Risk Score > 10 คะแนน
- o Maternal BP > 140/90 mmHg
- o Progress ช้า < 1 cm ใน 2 ชั่วโมง
- o FHS Drop < 110 beat/minute
- o PPH > 300 ml ร่วมกับมี HR > 100, BP Systolic drop > 30, Diastolic drop > 20
- o PPH > 500 ml

2.6 ระบบกำกับมาตรฐานและคุณภาพบริการ

- o ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล
- o ข้อสมสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมแบบเครือข่ายทั้งระบบ จำลองสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรม ร่วมกับแผนการระบอบของโรค แผนอุบัติเหตุ แผนภัยธรรมชาติ แผนทางสูติกรรม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2.7 ระบบพี่เลี้ยง (Coaching) อย่างต่อเนื่อง (พี่ช่วยน้อง) โรงพยาบาลแม่ข่ายให้ความช่วยเหลือด้านความรู้ ทักษะ ทรัพยากรที่จำเป็นแก่โรงพยาบาลลูกข่าย โดยมีแนวทางการช่วยเหลือ ดังนี้

- o ใช้กลไก MCH Board ระดับจังหวัด ในการขับเคลื่อนงานแบบภาคีเครือข่าย
- o โรงพยาบาลแม่ข่ายต้องรับทราบสถานการณ์การคลอดในแต่ละวัน ลูกข่ายไม่ต้องดูแล case โดยลำพัง ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับดูแลคลอดโดยแพทย์เฉพาะทางทุกแห่งและเกิดความปลอดภัยอย่างแท้จริง
- o สามารถติดต่อเพื่อปรึกษาโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ทันทีเมื่อเกิดข้อสงสัย
- o ส่งต่อผู้ป่วยได้ทันทีเมื่อเข้าสู่ระยะเสี่ยงภัยตามข้อตกลงของระบบ
- o พัฒนาศักยภาพทีมแพทย์และพยาบาลห้องคลอดของโรงพยาบาลลูกข่าย เช่น โรงพยาบาลลูกข่ายเข้าไปฝึกทักษะที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปตามระยะเวลาที่กำหนด

3. ทรัพยากร (Resource) วัสดุ/อุปกรณ์ คลังเลือด คลังยา

3.1 ใช้ถุงตวงเลือดทุกราย Estimate blood loss

3.2 Blood bank พร้อมใช้งาน

- o มีคลังเลือดที่มีประสิทธิภาพเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง หรือมีระบบเครือข่ายในการหาเลือด
- o มีระบบการเตรียม/สำรองเลือด โดยรพศ. สำรองเลือดอย่างน้อย 10 Unit/blood group รพท. อย่างน้อย 5 Unit/blood group หรือมีแนวทางในการหาเลือดจากเครือข่ายมาใช้ได้ภายใน 30 นาที
- o มีแนวทางการใช้สารทดแทนเลือดอื่นแทนเช่น Haemaccel เป็นต้น

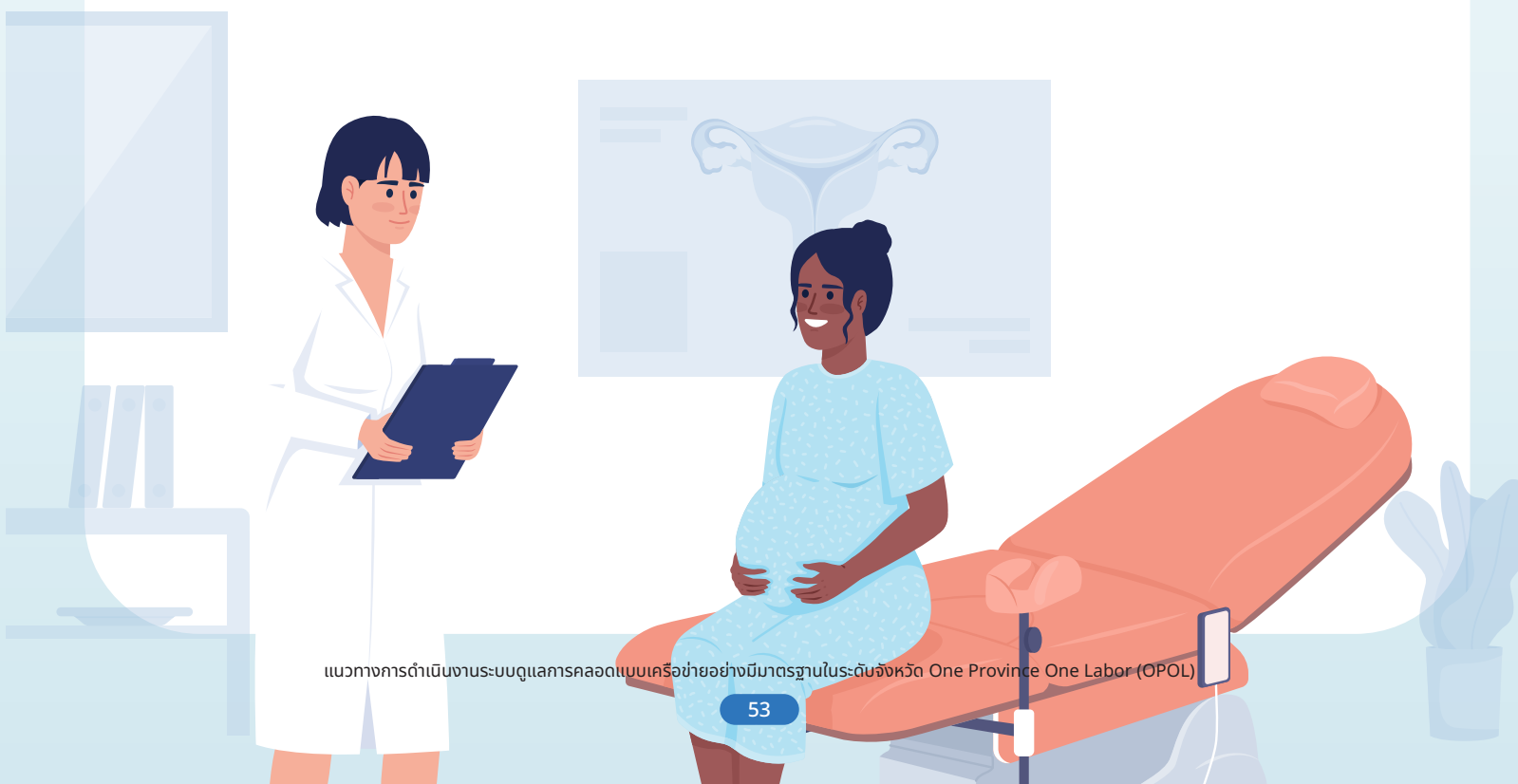
3.3 ยาที่จำเป็นพร้อมใช้ ยาจำเป็นสำหรับห้องคลอดยาป้องกันตกเลือด ป้องกันการชัก ได้แก่ oxytocin, methylergometrine, misoprostol, magnesium sulphate

3.4 ชุดเครื่องมือกู้ชีพของมารดาและทารกที่พร้อมใช้ ได้แก่

- o Laryngoscope ทั้งตัวเครื่องและ blade โค้ง เบอร์ 3 ที่สามารถเปิดใช้ได้ทันที
- o Endotracheal tube ที่ไร้เชื้อ ขนาดเหมาะสม (เบอร์ 6-7.5 อย่างละ 2) ที่ไร้เชื้อ
- o Ambu bag พร้อม reservoir ที่สะอาด/ไร้เชื้อหยิบใช้ได้ทันที
- o Mask ขนาดเหมาะสม สะอาด/ไร้เชื้อ
- o แหล่งออกซิเจน สายต่อ และขวดน้ำให้ความชื้น
- o ข้อต่อ finger-tip หรือ ตัว y และสาย suction
- o เครื่องดูดสารคัดหลั่ง suction ที่ปรับแรงดูดได้ 120 mmHg.
- o ยาที่จำเป็นสำหรับกู้ชีพ (adrenaline, sodium bicarbonate, calcium, NSS) อย่างน้อย 3 vial
- o Stethoscope

3.5 ทีมบุคลากรสามารถช่วยกู้ชีพมารดาและทารกได้

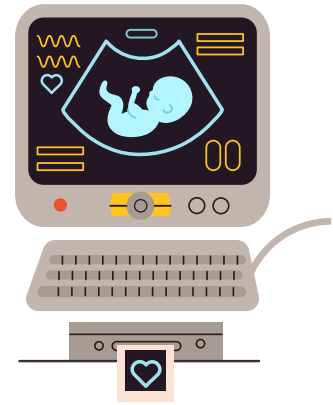
- o System → Effective referral system
- o สามารถทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือทำการส่งต่อได้ทันที (ภายใน 30 นาที) ส่งต่อผ่านทาง alert line และจะต้องถึงมือแพทย์ที่ผ่าตัดคลอดเมื่อถึง action line



ภาคผนวก ง

การเปรียบเทียบระบบและกลไกการดำเนินงานระบบ One Province One Labor (OPOL) ประเทศไทยกับต่างประเทศ

ประเทศไทยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบ One Province One Labor (OPOL) เพื่อพัฒนามาตรฐานห้องคลอดในทุกจังหวัดให้สามารถให้บริการด้านการคลอดปลอดภัย และมีคุณภาพสูงสุด โดยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีระบบสาธารณสุขพัฒนาแล้ว เช่น สวีเดน ญี่ปุ่น และสหรัฐอเมริกา เป็นต้น สามารถแสดงความเหมือนและแตกต่างในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้



	ประเทศไทย	ต่างประเทศ
1. มาตรฐานห้องคลอด	กำหนดมาตรฐานที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ เช่น การจัดห้องคลอดให้ปลอดภัย การจัดหาเครื่องมือที่จำเป็น และการให้บริการครอบคลุมทุกโรงพยาบาลระดับจังหวัด มุ่งเน้นให้ทุกจังหวัดมี “ห้องคลอดต้นแบบ” ที่สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ	เช่น สวีเดน : มาตรฐานห้องคลอดได้รับการพัฒนาในระดับสูง โดยเน้นการดูแลครอบคลุม (Comprehensive Care) เช่น การจัดทีมแพทย์และพยาบาล เฉพาะทางให้พร้อมตลอด 24 ชั่วโมง ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เช่น การตรวจวินิจัยแบบเรียลไทม์ (Real-time Monitoring) และการใช้หุ่นยนต์ช่วยในบางกรณี
2. การพัฒนาบุคลากร	มุ่งพัฒนาทักษะเฉพาะทางในพื้นที่ เช่น การอบรมพยาบาลผดุงครรภ์ การฝึกอบรมการช่วยชีวิตแม่และทารกแรกเกิด (NRP: Neonatal Resuscitation Program) เน้นการใช้ทรัพยากรบุคลากรในห้องฉุกเฉิน และสร้างระบบการสนับสนุนการปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลศูนย์	เช่น ญี่ปุ่น : มีระบบการฝึกอบรมบุคลากรที่เข้มข้นและครอบคลุมตั้งแต่ระดับนักศึกษาแพทย์ไปจนถึงระดับผู้เชี่ยวชาญ ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาด้านสูติศาสตร์และนรีเวชศาสตร์ เพื่อพัฒนาเทคนิคการดูแลใหม่ ๆ
3. การบริหารจัดการเครือข่าย	ใช้ระบบการบริหารแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน เช่น การใช้รถพยาบาลฉุกเฉิน พร้อมเครื่องมือช่วยชีวิต	เช่น สหรัฐอเมริกา : มีระบบเครือข่ายโรงพยาบาลที่ชัดเจน โดยแยกประเภทโรงพยาบาลตามระดับการดูแล (Level I-III Maternity Centers) มีการใช้ระบบเทเลเมดิซีน (Telemedicine) ในพื้นที่ชนบท เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถให้คำแนะนำแบบเรียลไทม์

	ประเทศไทย	ต่างประเทศ
4. การติดตามและประเมินผล	ใช้การประเมินผ่านตัวชี้วัด เช่น อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิด อัตราการติดเชื้อในช่องคลอด มีการตรวจประเมินคุณภาพห้องคลอด โดยทีมผู้เชี่ยวชาญระดับจังหวัด หรือระดับเขตสุขภาพ	เช่น สวีเดน : ใช้ระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) เพื่อวิเคราะห์แนวโน้ม และพัฒนาระบบการดูแลมีการติดตามผลในระยะยาว โดยใช้ทีมดูแลต่อเนื่องหลังคลอด
5. การจัดหาอุปกรณ์และเทคโนโลยี	เน้นจัดหาอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็น เช่น เครื่องติดตามการเต้นหัวใจทารก (Cardiotocography; CTG) และเครื่องช่วยหายใจสำหรับทารก มีข้อจำกัดในพื้นที่ห่างไกล ที่อาจขาดแคลนอุปกรณ์ทันสมัย	เช่น ญี่ปุ่น : มีการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น เครื่องอัลตราซาวด์ 4 มิติ และระบบ AI เพื่อช่วยวิเคราะห์ความเสี่ยงในการคลอด มีการบำรุงรักษาและอัปเดตอุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง

ความเหมือน

เน้นการดูแลแม่และทารกให้ปลอดภัย มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อในกรณีฉุกเฉิน

ความแตกต่าง

ประเทศพัฒนาแล้วมักเน้นการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก ในขณะที่ประเทศไทยมุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรบุคคล และอุปกรณ์พื้นฐานที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ ต่างประเทศมีการลงทุนในระบบสาธารณสุขมากกว่า และมีมาตรฐานสูงกว่าในด้านการดูแลแบบองค์รวม

ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

1. เพิ่มการใช้เทคโนโลยี นำระบบเทเลเมดิซีนและ AI มาประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชนบท
2. เสริมการอบรมระยะยาว สนับสนุนการฝึกอบรมบุคลากรแบบต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ
3. เพิ่มงบประมาณ ทรัพยากร โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ขาดแคลน เพื่อให้มาตรฐานห้องคลอดมีความใกล้เคียงกับต่างประเทศ
4. การพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย จะช่วยให้โครงการนี้ประสบความสำเร็จและสามารถนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลในระดับสากล.

ภาคผนวก จ

ผลตอบรับการดำเนินงานโครงการ One Province One Labor (OPOL)



ระบบ One Province One Labor (OPOL) ซึ่งริเริ่มโดยกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ได้รับการประเมินผลในหลายด้าน โดยมีผลตอบรับทั้งในเชิงบวกและความท้าทายที่ควรปรับปรุงเพื่อพัฒนาการดำเนินงานในอนาคต

1. ผลตอบรับเชิงบวก

1.1 ลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิด

อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิดในหลายจังหวัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เคยมีปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ อัตราผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดลดลง เนื่องจากการส่งต่อผู้ป่วยเสี่ยงสูงทำได้รวดเร็วขึ้น

1.2 พัฒนาคุณภาพการดูแลในห้องคลอด

ห้องคลอดในทุกจังหวัดได้รับการปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น การจัดหาอุปกรณ์ที่ทันสมัย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในห้องคลอดให้ปลอดภัย และการเพิ่มความสะอาดสบายสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บริการดูแลแม่และทารกมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

1.3 การสร้างเครือข่ายการดูแลแบบบูรณาการ

มีการเชื่อมโยงระบบการดูแลระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยมีความรวดเร็วและปลอดภัย เครือข่ายการดูแลด้านสูติศาสตร์ในระดับจังหวัดเข้มแข็งขึ้น

1.4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจมากขึ้นต่อคุณภาพการบริการ เนื่องจากสามารถเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานในพื้นที่ใกล้เคียง

2. ความท้าทายและข้อจำกัด

2.1 การกระจายทรัพยากร ในบางพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทห่างไกล ยังคงมีปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ และบุคลากรที่มีทักษะสูง งบประมาณสนับสนุนในบางจังหวัดยังไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาห้องคลอดให้ครบถ้วนตามมาตรฐาน

2.1 ความไม่สม่ำเสมอของคุณภาพการดำเนินงานในบางพื้นที่ยังไม่เท่าเทียม เนื่องจากความแตกต่างด้านศักยภาพของบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐาน

2.3 การติดตามและประเมินผล การเก็บข้อมูลและรายงานผลในบางจังหวัดยังไม่ครอบคลุม ทำให้ยากต่อการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม

2.4 การเพิ่มภาระงานให้บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน อาจประสบปัญหาภาระงานที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องรองรับผู้ป่วยมากขึ้น

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

- 3.1 เพิ่มงบประมาณและทรัพยากร จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาห้องคลอดในพื้นที่ห่างไกล รวมถึงจัดหาอุปกรณ์ที่ทันสมัยให้ครอบคลุม
- 3.2 พัฒนาระบบติดตามและประเมินผล พัฒนาระบบเก็บข้อมูลและการรายงานผลให้ครอบคลุมทุกจังหวัด เพื่อให้สามารถประเมินประสิทธิภาพโครงการได้อย่างถูกต้อง
- 3.3 ลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพ สนับสนุนการฝึกอบรมบุคลากรในพื้นที่ชนบท และพัฒนาระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลศูนย์เพื่อเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน
- 3.4 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งเสริมบทบาทของชุมชนในการสนับสนุนแม่และเด็ก เช่น การให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในช่วงฝากครรภ์

4. ผลลัพธ์ที่สำคัญ

- 4.1 เพิ่มอัตราความสำเร็จของการคลอดอย่างปลอดภัยในทุกพื้นที่
- 4.2 ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับแม่และทารก
- 4.3 สร้างระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กที่ยั่งยืน
- 4.4 ระบบ One Province One Labor (OPOL) ถือเป็นตัวอย่างที่ดีของการพัฒนาระบบสาธารณสุขในประเทศไทย โดยยังคงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดในทุกจังหวัด

ภาคผนวก ก

แนวทางการสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังการคลอดแบบเครือข่ายด้วยมาตรฐานเดียวกันผ่าน ระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL)



การเสริมสร้างระบบเฝ้าระวังการคลอดของ ระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายอย่างมีมาตรฐานในระดับจังหวัด One Province One Labor (OPOL) มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัด และการยกระดับมาตรฐานการดูแลการคลอดให้มีความสม่ำเสมอ ครอบคลุม และมีคุณภาพสูง เพื่อให้ทุกพื้นที่สามารถรับมือกับกรณีฉุกเฉินทางการคลอด และลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิด

1. การกำหนดมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด

- จัดทำคู่มือปฏิบัติการ จัดทำแนวทางการดูแลการคลอดที่ชัดเจน ครอบคลุมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การฝากครรภ์
- ใช้แนวทางปฏิบัติเดียวกันในโรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัด เพื่อให้บริการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- สร้างมาตรฐานขั้นต่ำของอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก
- กำหนดอุปกรณ์พื้นฐานที่ต้องมีในทุกโรงพยาบาล เช่น เครื่องติดตามการเต้นหัวใจทารกช่วยชีวิต

2. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการคลอด

- การจัดตั้งทีมเฝ้าระวังระดับจังหวัด : ตั้งทีมเฝ้าระวังที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ เช่น สูติแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำหน้าที่ติดตามสถานการณ์การคลอดและให้คำปรึกษาในกรณีฉุกเฉิน
- การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการเฝ้าระวัง : นำระบบเทเลเมดิซีน (Telemedicine) และการตรวจติดตามแบบเรียลไทม์ มาช่วยในการเฝ้าระวังผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางของจังหวัด สำหรับบันทึกข้อมูลมารดาและทารกเพื่อการติดตามสถานะสุขภาพ
- การตรวจเยี่ยมพื้นที่ (Monitoring Visits) : จัดทีมผู้เชี่ยวชาญไปเยี่ยมโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อประเมินคุณภาพ การดูแลและให้คำแนะนำในการปรับปรุง

3. การเสริมศักยภาพบุคลากรในเครือข่าย

- การอบรมและพัฒนาทักษะ : จัดการอบรมเฉพาะทาง เช่น การช่วยชีวิตมารดาและทารกแรกเกิด (NRP) และการจัดการภาวะแทรกซ้อนในการคลอด
- จัดกิจกรรมฝึกอบรมแบบจำลองสถานการณ์ (Simulation Training) เพื่อเตรียมพร้อมรับมือในสถานการณ์ฉุกเฉิน
- การสร้างเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ : สนับสนุนการสร้างทีมที่ปรึกษาระหว่างโรงพยาบาล เช่น การเชื่อมโยงสูติแพทย์ จากโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลชุมชน

4. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

- การกำหนดเส้นทางการส่งต่อที่ชัดเจน (Referral Pathways) : วางระบบการส่งต่อผู้ป่วยเสี่ยงสูงระหว่างโรงพยาบาล ในจังหวัด โดยกำหนดเส้นทางการส่งต่อที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
- การพัฒนารถพยาบาลฉุกเฉิน : เพิ่มจำนวนรถพยาบาลที่มีอุปกรณ์สำหรับการคลอดฉุกเฉิน และบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมในการดูแลการคลอดระหว่างการเดินทาง

5. การติดตามและประเมินผล

- การเก็บข้อมูลเชิงระบบ : ใช้ระบบฐานข้อมูลสำหรับบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล เช่น อัตราการคลอดปกติ อัตราผู้ป่วยเสี่ยงสูง และผลลัพธ์การคลอด
- การประเมินผลในระดับจังหวัด : ประเมินคุณภาพการดำเนินงานเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ โดยพิจารณาจากตัวชี้วัด เช่น อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารก อัตราการส่งต่อฉุกเฉิน และอัตราการติดเชื้อในท้องคลอด

6. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

- การสร้างความตระหนักรู้ : ให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับความสำคัญของการฝากครรภ์ การดูแลก่อนคลอด และการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่มีมาตรฐาน
- การสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่น : ทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ./อบต.) เพื่อสนับสนุนทรัพยากร และการพัฒนาสุขภาพมารดาและทารก



กรมอนามัย
Department of Health



กรมอนามัย
Department of Health