รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ (Quality Standards: QS) สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระยะที่ 2

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

HITAP
Health Intervention and Technology Assessment Program

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ (Quality Standards: QS) สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระยะที่ 2

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

สิงหาคม 2561

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

HITAP Health Intervention and Technology Assessment Program

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ (Quality Standards: QS) สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระยะที่ 2

คณะผู้ดำเนินโครงการ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ดร.รุ่งนภา	คำผาง
ภญ.สุธาสินี	คำหลวง
นางสาวศรวณีย์	ทนุชิต
นายสรายุทธ	ขันธะ
ดร. พญ.ธัญญรัตน์	อโนทัยสินทวี
ภญ.พรธิดา	หัดโนนตุ่น
ดร. นพ.ยศ	ตีระวัฒนานนท์
ดร. ภญ.ศรีเพ็ญ	ตันติเวสส

คำนำ

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อลดโอกาสเกิดโรคและความเจ็บป่วย รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสามารถจำแนกได้ 2 ระดับ คือการพัฒนาทักษะและขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับปัจเจก และการเพิ่มพูนศักยภาพในระดับกลุ่มหรือชุมชนเพื่อการกำหนดทิศทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิก ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพโดยรวมของสังคมให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพควรคำนึงถึงคุณภาพและมาตรฐานของการให้บริการนั้น ๆ ในปัจจุบันยังพบว่าการให้บริการดังกล่าวในประเทศไทยมีวิธีการที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการใหม่ ๆ ที่ยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติอย่างชัดเจน ซึ่งทำให้ผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน ทั้งนี้ มาตรฐานคุณภาพ (quality standards: QS) เป็นมาตรการหนึ่งที่ใช้ในสหราชอาณาจักร เวียดนาม และรัฐเกรละ ประเทศอินเดีย เพื่อยกระดับคุณภาพบริการและลดความหลากหลายในการให้บริการ มาตรการดังกล่าวน่าจะมีประโยชน์หากนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย

โครงการระยะที่ 2 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการในชุดสิทธิประโยชน์ที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง เกิดประโยชน์ตามเป้าประสงค์อย่างแท้จริง สำหรับรายงานฉบับนี้นำเสนอกระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพที่เป็นระบบ โปร่งใส มีส่วนร่วม และอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการ และมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก รวมทั้งมาตรฐานคุณภาพสำหรับป้องกันปัญหาการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว ผลการศึกษาความเป็นไปได้ของการนำมาตรฐานคุณภาพมาใช้ในระบบสุขภาพไทย ภาระงบประมาณ และข้อเสนอแนะเพื่อนำมาตรฐานคุณภาพไปใช้

คณะผู้ดำเนินโครงการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าโครงการนี้จะมีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทยต่อไป

คณะผู้ดำเนินโครงการ

สิงหาคม 2561

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ดำเนินโครงการขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ (quality standards: QS) สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระยะที่ 2 รวมทั้งขอขอบคุณทีมที่ปรึกษาจาก Imperial College London และ Glasgow Caledonian University London ที่ได้ให้คำปรึกษาและข้อแนะนำต่าง ๆ ในการพัฒนามาตรฐานคุณภาพแก่ผู้ดำเนินโครงการ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยภายใต้ทุนเมธีวิจัยอาวุโส สกว. เพื่อพัฒนาศักยภาพการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทั้งนี้ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในรายงานเป็นความรับผิดชอบของคณะผู้ดำเนินโครงการ หน่วยงานที่สนับสนุนทุนอาจไม่เห็นด้วยกับเนื้อหาบางส่วนหรือทั้งหมดที่ปรากฏในรายงานนี้

การดำเนินโครงการนี้จะสำเร็จมิได้หากขาดความร่วมมือจากผู้บริหารและบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ กรมอนามัย กรมการแพทย์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงหน่วยงานอื่น ๆ ที่มิได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ที่ร่วมการประชุมและให้ข้อคิดเห็น ตลอดจนให้เอกสารที่เป็นประโยชน์ ทำให้การดำเนินโครงการฯ ระยะที่ 2 สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

คณะผู้ดำเนินโครงการ

สิงหาคม 2561

บทสรุปผู้บริหาร

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นกระบวนการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของประชาชนด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลและการจัดการกับสิ่งแวดล้อม เพื่อลดโอกาสเกิดโรคและความเจ็บป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการให้บริการเหล่านี้ให้มีคุณภาพควรดำเนินการตามมาตรฐานหรือแนวทางการให้บริการฯ ที่กำหนดขึ้นโดยอ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการที่มีความน่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตามยังพบว่าวิธีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทยมีความหลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการใหม่ ๆ ที่ยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติอย่างชัดเจน ซึ่งทำให้ผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน

สหราชอาณาจักร เวียดนาม และรัฐเกรละ ประเทศอินเดียได้ดำเนินมาตรการเพื่อยกระดับคุณภาพของการให้บริการสุขภาพและลดความหลากหลายในการให้บริการ โดยใช้มาตรฐานคุณภาพ (quality standards: QS) ซึ่งเป็นข้อความที่สั้น กระชับ เสนอแนะกลวิธีในการให้บริการสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน นอกจากนี้มาตรฐานคุณภาพยังระบุหลักการและเหตุผลของข้อความคุณภาพ ตัวชี้วัดและวิธีประเมินผลตามตัวชี้วัด รวมทั้งอธิบายความหมายของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

โครงการนี้แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการจัดทำคู่มือการพัฒนามาตรฐานคุณภาพในประเทศไทย จัดอบรมเพื่อสร้างศักยภาพคณะทำงานและผู้ที่สนใจ และคัดเลือกประเด็นเพื่อนำมาพัฒนามาตรฐานคุณภาพ โดยดำเนินการในเดือนเมษายน – พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนามาตรฐานคุณภาพตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มือการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ จำนวน 3 เรื่อง รวมทั้งศึกษาความเป็นไปได้ของการนำมาตรฐานคุณภาพมาใช้ในระบบสุขภาพไทย ประมาณการภาระงบประมาณ และข้อเสนอแนะเพื่อนำมาตรฐานคุณภาพไปใช้ โดยดำเนินการในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 – สิงหาคม พ.ศ. 2561

การพัฒนามาตรฐานคุณภาพภายใต้โครงการนี้ได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น ผู้กำหนดนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ผู้ให้บริการ เป็นต้น โดย สปสช. มีหน้าที่หลักในการกำหนดกระบวนการพัฒนาฯ และอนุมัติเผยแพร่มาตรฐานคุณภาพ คณะทำงานพัฒนามาตรฐานคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในด้านการดูแลขณะตั้งครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอด เช่น สูติแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ พยาบาล รวมทั้งผู้กำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่รับผิดชอบประเด็นอนามัยแม่และเด็ก โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพทำหน้าที่เป็นทีมสนับสนุนด้านวิชาการ ซึ่งทำหน้าที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่คณะทำงาน รวมทั้งบุคลากรและภาคส่วนอื่น ๆ ซึ่งให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มผู้ป่วย และภาคประชาสังคม เป็นต้น

กระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพอ้างอิงจากการดำเนินงานในสหราชอาณาจักร และเอกสารการพัฒนามาตรฐานคุณภาพในประเทศมีรายได้น้อยถึงปานกลาง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนหลัก คือ การจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพจากประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ บริการที่ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ 1) บริการเพื่อป้องกันการคลอด

ก่อนกำหนด (preterm labour) 2) บริการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) และ 3) บริการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum haemorrhage) เนื่องจากเป็นปัญหาสำคัญของการให้บริการฝากครรภ์ในปัจจุบันและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก หากมีมาตรฐานคุณภาพอาจจะช่วยแก้ปัญหาสำคัญทั้งสามปัญหา และสามารถวัดผลลัพธ์ของการฝากครรภ์ได้

หลังจากนั้นทีมสนับสนุนด้านวิชาการและคณะทำงานคัดเลือกแนวทางเวชปฏิบัติ (guideline) หรือเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและประเมินคุณภาพของแนวทางเวชปฏิบัตินั้น ๆ และคัดเลือกคำแนะนำในแนวทางเวชปฏิบัติโดยพิจารณาข้อมูลในด้านต่าง ๆ เช่น ประสิทธิผล ความคุ้มค่า ภาระงบประมาณ เป็นต้น แล้วจัดลำดับความสำคัญคำแนะนำ ซึ่งคำแนะนำที่มีหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิผล มีความคุ้มค่า และสามารถดำเนินการได้จริงในประเทศไทยถูกนำมาพัฒนาเป็นมาตรฐานคุณภาพและการวัดคุณภาพเพื่อใช้กำกับติดตามและประเมินผล ในขั้นตอนนี้ได้มาตรฐานคุณภาพทั้งหมด 15 รายการ ต่อจากนั้น ทีมสนับสนุนด้านวิชาการหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อผลการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ และแก้ไขมาตรฐานคุณภาพตามคำแนะนำของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการศึกษาความเป็นไปได้และประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ

การศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้มาตรฐานคุณภาพในระบบสุขภาพของประเทศไทย พบว่า มาตรฐานคุณภาพน่าจะเป็นมาตรการที่สามารถดำเนินการได้ในลักษณะของข้อแนะนำหรือแนวทางการให้บริการเพื่อป้องกันและลดปัญหาการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และการตกเลือดหลังคลอด โดยประกาศใช้ในสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิขึ้นไป ในขณะนี้ผู้ให้บริการและผู้กำหนดนโยบายยังมีความสับสนเกี่ยวกับ “มาตรฐานคุณภาพ” ซึ่งเป็นคำใหม่ในบริบทประเทศไทย ทั้งนี้ คำว่า “มาตรฐาน” อาจไม่ใช่คำที่เหมาะสมกับบริบทและเป้าประสงค์ของมาตรการ เนื่องจากหากกล่าวถึงมาตรฐานอาจตีความได้ว่าเป็นมาตรการที่หน่วยบริการต้องปฏิบัติตามอย่างไม่มีเงื่อนไข หากสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามอาจมีบทลงโทษ ซึ่งจะกระทบต่อความน่าเชื่อถือของสถานพยาบาล และประชาชนอาจใช้มาตรฐานนี้เป็นสิ่งอ้างอิงเพื่อฟ้องร้องสถานพยาบาลได้ ดังนั้นการใช้คำว่า “มาตรฐานคุณภาพ” จึงมีข้อพึงระวังหลายประการ การสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบว่ามาตรฐานคุณภาพคืออะไร มีวัตถุประสงค์อย่างไร และจะเสริมมาตรการที่มีอยู่ในปัจจุบันอย่างไร จึงเป็นประเด็นที่ผู้ประกาศใช้ต้องให้ความสำคัญ เพื่อลดความเข้าใจผิดและแรงต้านที่อาจเกิดขึ้น ในด้านผลกระทบงบประมาณของการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ ตามมาตรฐานคุณภาพที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ พบว่า มีผลกระทบงบประมาณของการดำเนินงานเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และภาวะตกเลือดหลังคลอดรวมทั้งสิ้นประมาณ 3,014 ล้านบาทต่อปี

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานที่ควรรับผิดชอบพัฒนา รับรองและประกาศใช้มาตรฐานคุณภาพควรเป็นราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. เนื่องจากทั้งสามหน่วยงานมีบทบาทโดยตรงในการพัฒนาคุณภาพบริการและให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่หน่วยงานอื่น ๆ
2. หน่วยงานที่ประกาศใช้มาตรฐานคุณภาพควรประกาศคำนิยามและวัตถุประสงค์ของมาตรฐานคุณภาพให้ชัดเจนว่ามาตรฐานคุณภาพเป็นเพียงคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ซึ่งมาตรฐานคุณภาพไม่ใช่ข้อบังคับทางกฎหมาย ดังนั้นการที่ไม่

สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพเนื่องจากข้อจำกัดบางอย่าง ไม่ใช่การกระทำที่ผิดกฎหมายหรือจะได้รับการลงโทษ

3. รูปแบบของมาตรฐานคุณภาพควรจะปรับให้เหมาะสมกับแต่ละระดับของหน่วยบริการสุขภาพ เช่น มาตรฐานคุณภาพที่จะใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่ควรจะเกี่ยวกับการรักษาเนื่องจากเป็นบริการที่เกินขีดความสามารถของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ควรจะมีการจัดทำแผนผังของมาตรฐานคุณภาพที่แสดงให้เห็นการเชื่อมโยงของบริการในทุกระดับของหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งแผนผังนี้จะใช้ในสถานพยาบาลทุกระดับ

Executive summary

Health promotion is a process to control risk factors that determine health status, through behavioural changes and environmental management. The provision of health promotion and disease prevention services aims to reduce the incidence of diseases, morbidities and to improve quality of life. In order to provide good quality services, health care providers should follow standards or guidelines that are developed based on robust evidence. Although there are indicators for health promotion and disease prevention services, health care providers still have unclear standard guidance especially for services that was recently included in the benefit package. Consequently, this can lead to misunderstanding among health care providers and relevant stakeholders regarding how health promotion and disease prevention services should be delivered in an appropriate manner to ensure the best quality of services.

One initiative developed for improving quality of care across primary and hospital care settings in United Kingdom (UK), Vietnam and Kerala, India is the implementation of Quality Standards (QSs). QSs are a concise set of evidence-informed statements, designed to drive and measure priority quality improvements, within a particular area of care. QSs provide guidance and advices for health professionals, as well as a range of information services for patients and public. QSs consist of information on rationale of the statement, quality measures, as well as the meaning of the statement for health professionals, patients and public.

The development of QSs for health promotion and disease prevention services in Thailand was divided into two phases. Phase I was conducted between May 2017 and November 2017. In this phase, guideline for QS development including tools and templates was developed, three health promotion and disease prevention services for QS development were selected and a workshop was arranged to strengthen capacity of the National Health Security Office (NHSO) staff, officials of the Ministry of Public Health (MOPH), staff from related organizations, and other Thai scholars regarding how QSs should be developed using systematic, transparent and evidence-based approaches. Phase II was conducted between December 2017 – September 2018. QSs in the selected topic areas were developed. In addition, a study to explore feasibility and budget impact of the implementation of QS was carried out.

QS development is a participatory, multidisciplinary exercise involving different stakeholders. The NHSO played a key role in setting the development process and approved QSs. A working group led by a chair and comprising topic experts such as obstetricians, nurses,

and policy makers developed QSs. Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) as a technical support team produced technical work as part of the working group. The QS development also involved broader interested parties who offered their input through consultation.

We based our QS development process on principles for developing clinical Quality Standards in low- and middle-income countries, which has been successful in various settings such as Vietnam and Kerala, India. We started with topic selection through a consultation meeting with important stakeholders. Services to prevent preterm labour, pre-eclampsia and postpartum haemorrhage were prioritized.

After that, the working group selected clinical guidelines with various recommendations by considering the efficacy, cost-effectiveness, and budget impact of interventions. Then, two meetings among the working groups were arranged to agree on major decisions about the content of QS. In this stage, 15 statements and related quality measures were drafted and revised. Moreover, we conducted a feasibility study and budget impact analysis of QS implementation.

Results from the feasibility study shows that QS was viewed as a useful initiative to prevent preterm labour, pre-eclampsia and postpartum haemorrhage. QS should be implemented as recommendations for healthcare providers. However, the translated words for QS in Thai context seemed to create misunderstanding among different stakeholders. Standard is a word that needs clarification and careful consideration. Implementing standards may have legislative impacts to health care providers that patients may use QS to sue healthcare providers, if health care providers did not serve as recommendations stated in QS. Therefore, an effective communication about the definitions and roles of QS in quality improvement is one important issue that will make QS implementation successful. Good communication may reduce misunderstanding about the QS and resistance of the health care providers on this new initiative. The estimated budget impact of the QS implementation to prevent the three health conditions was 3,014 million baht per year.

Policy recommendations

1. In the future, the MOPH, the NHSO, and the Royal Thai College of Obstetricians Gynaecologists should collaborate to develop and approve QS because the MOPH and the NHSO have mandates in quality assurance. The Royal Thai College of Obstetricians Gynaecologists is regarded as a professional organization that provides clinical guidance in this area.
2. An organization that endorses QS should communicate clearly about the use and definition of QS. Also, it should be made clear to health care providers that the QS is an advisory document aiming at driving improvement in patient care; it is neither legally mandatory, nor intended to punish health care providers.

3. QS should be produced to be appropriate to use in different levels of health care facilities. In addition, flowcharts of the overall process of care to prevent preterm labour, pre-eclampsia and postpartum haemorrhage should be created and disseminated to all health facilities.

สารบัญ

คำนำ ..... ก
กิตติกรรมประกาศ ..... ข
บทสรุปผู้บริหาร ..... ค
Executive summary ..... ฉ
สารบัญตาราง ..... ฏ
สารบัญรูปภาพ ..... ฐ
ตัวย่อ ..... ฑ
บทที่ 1 บทนำ 1
1.1. หลักการและเหตุผล 1
1.2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา 6
เอกสารอ้างอิง 7
บทที่ 2 กระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ 9
2.1. หน่วยงานและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ 9
2.2. กระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ 10
บทที่ 3 การจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกประเด็นสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพ 14
3.1. กระบวนการจัดลำดับความสำคัญของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 14
3.2. คัดเลือกบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบื้องต้นและทบทวนเกณฑ์ 15
3.3. พิจารณาเกณฑ์และคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 20
3.4. การปรับปรุงร่างเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญฯ (ฉบับที่ 1) 21
3.5. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่ออภิปรายปัญหาเกี่ยวกับบริการฝากครรภ์และร่างเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญฯ (ฉบับที่ 2) 22
3.6. การเตรียมข้อมูลประกอบการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ 23
3.7. การคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพสำหรับจัดทำมาตรฐานคุณภาพ 24
เอกสารอ้างอิง 25
บทที่ 4 การพัฒนามาตรฐานคุณภาพ 26
4.1. องค์ประกอบของมาตรฐานคุณภาพ 26
4.2. การรวบรวมข้อแนะนำจากแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนามาตรฐานคุณภาพ 27
4.3. การประชุมเพื่อพัฒนาร่างมาตรฐานคุณภาพ 28
4.3.1. ร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 28
4.3.2. ร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ 33
4.3.3. ร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว 37
4.4. ผลการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการฝากครรภ์ 38
เอกสารอ้างอิง 41

บทที่ 5 การศึกษาความเป็นไปได้และผลกระทบงบประมาณของการใช้มาตรฐานคุณภาพเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพัฒนาคุณภาพการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 45
5.1. ที่มาและความสำคัญ 45
5.2. วัตถุประสงค์ 45
5.3. ระเบียบวิธีการศึกษาความเป็นไปได้ 45
5.3.1. กรอบแนวคิดการศึกษา 45
5.3.2. พื้นที่ศึกษา 46
5.3.3. ผู้ให้ข้อมูล 47
5.3.4. วิธีการเก็บข้อมูล 48
5.3.5. วิธีวิเคราะห์ข้อมูล 48
5.4. ระเบียบวิธีการศึกษาผลกระทบงบประมาณ 48
5.4.1. พื้นที่ศึกษา 48
5.4.2. ผู้ให้ข้อมูล 49
5.4.3. วิธีการเก็บข้อมูล 49
5.4.4. วิธีวิเคราะห์ข้อมูล 49
5.5. การประกันคุณภาพของการศึกษา 51
5.6. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษา 51
5.7. ผลการศึกษาความเป็นไปได้ 52
5.7.1. การดัดแปลงหรือปรับเปลี่ยน 52
5.7.2. การยอมรับ 57
5.7.3. การนำมาตรฐานคุณภาพไปใช้ 63
5.7.4. การบูรณาการมาตรฐานคุณภาพกับมาตรการปรับปรุงคุณภาพบริการอื่น ๆ 64
5.7.5. การติดตามและการประเมินผล 64
5.7.6. ประเด็นเพิ่มเติมสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพในอนาคต 66
5.8. ผลการศึกษาภาระงบประมาณ 67
5.9. สรุปผลการศึกษา 69
เอกสารอ้างอิง 70
บทที่ 6 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 71
6.1. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและกระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ 71
6.2. คำนิยามของมาตรฐานคุณภาพ 72
6.3. มาตรฐานคุณภาพที่ควรดำเนินการในอนาคต 73
6.4. ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานอ้างอิงที่ใช้พัฒนามาตรฐานคุณภาพ 73

6.5. การประเมินผลมาตรฐานคุณภาพ 74
6.6. การนำไปใช้และรูปแบบมาตรฐานคุณภาพ 75
6.7. ข้อจำกัดของการศึกษา 75
6.8. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 77
เอกสารอ้างอิง 78
ภาคผนวกที่ 1 รายงานการประชุมคณะทำงานพัฒนามาตรฐานคุณภาพ 79
ภาคผนวกที่ 2 ประเด็นปัญหาในแต่ละบริการฝากครรภ์ 94
ภาคผนวกที่ 3 แนวคำถามสำหรับการศึกษาความเป็นไปได้ 102
ภาคผนวกที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลภาระงานและต้นทุนการดำเนินงานตามมาตรฐานคุณภาพบริการ 108
ภาคผนวกที่ 5 รายงานการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อผลการศึกษาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 111
ภาคผนวกที่ 6 รายละเอียดความถี่การดำเนินงานในแต่ละประเภทสถานพยาบาล 115
ภาคผนวกที่ 7 มาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 118

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ตัวอย่างมาตรฐานคุณภาพในประเด็นโภชนาการแม่และเด็กของสหราชอาณาจักร 3
ตารางที่ 2 หน่วยงานและบุคลากรผู้รับผิดชอบและหน้าที่ในการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ 9
ตารางที่ 3 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีมาตรฐานคุณภาพในสหราชอาณาจักรและมีข้อมูลการให้บริการในฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ฐานข้อมูลระบบบริหารจัดการโรคธาลัสซีเมีย และฐานข้อมูลระบบบูรณาการการคัดกรองความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดของ สปสช. (กลุ่ม 1)..... 16
ตารางที่ 4 ร่างเกณฑ์และคะแนนสำหรับการจัดลำดับความสำคัญฯ (ฉบับที่ 1)..... 17
ตารางที่ 5 ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่อร่างเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญฯ (ฉบับที่ 1) 20
ตารางที่ 6 ร่างเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญฯ (ฉบับที่ 2)..... 21
ตารางที่ 7 แนวทางเวชปฏิบัติที่ได้รับคัดเลือกเพื่อพัฒนามาตรฐานคุณภาพ 28
ตารางที่ 8 ข้อเสนอแนะต่อร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 29
ตารางที่ 9 ข้อเสนอแนะต่อร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ 33
ตารางที่ 10 ข้อเสนอแนะต่อร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว 37
ตารางที่ 11 ข้อความคุณภาพสำหรับบริการฝากครรภ์..... 39
ตารางที่ 12 พื้นที่การศึกษาความเป็นไปได้และผลกระทบงบประมาณ..... 47
ตารางที่ 13 รายละเอียดจำนวนผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามหน่วยงานและจังหวัด 48
ตารางที่ 14 การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย..... 50
ตารางที่ 15 ประเด็นเพิ่มเติมสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพในอนาคต 66

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1 กระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ 12
รูปที่ 2 กระบวนการจัดลำดับความสำคัญของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 14
รูปที่ 3 กรอบแนวคิดการศึกษา 46
รูปที่ 4 สัดส่วนต้นทุนการดำเนินงานด้านการฝากครรภ์แบ่งตามประเภทต้นทุน 68
รูปที่ 5 ต้นทุนเฉลี่ยต่อหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย (หน่วย: บาทต่อหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย) 69

ตัวย่อ

ANC	บริการฝากครรภ์ (Antenatal Care)
HA	การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation)
HDC	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PE	ภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia)
PIH	ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีมีครรภ์ (Pregnancy Induced hypertension)
PP	บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Health Promotion and Disease Prevention)
PPH	ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum haemorrhage)
QOF	โครงการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcomes Framework)
UC	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage scheme)
รพ.สต.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สธ.	กระทรวงสาธารณสุข
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สรพ.	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
อสม.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทที่ 1
บทนำ

1.1. หลักการและเหตุผล

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของตนเองด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลและการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก เพื่อลดโอกาสเกิดโรคและความเจ็บป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากกฎบัตรออตตาวา เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) พ.ศ. 2529 ได้มีการนิยาม “การสร้างเสริมสุขภาพ” ไว้ว่า เป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพควรเป็นการสร้างสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม [1] กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถจำแนกได้ 2 ระดับ คือ การพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับปัจเจกเพื่อทำให้บุคคลมีขีดความสามารถและสามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ และการเพิ่มพูนศักยภาพในระดับกลุ่มหรือชุมชนเพื่อการกำหนดทิศทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิก ซึ่งสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพโดยรวมของสังคมไปในทางที่ดีขึ้น [2]

ส่วนการป้องกันโรคเป็นกระบวนการป้องกันการเกิดโรคโดยจัดการกับเชื้อโรคและสภาวะแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันโรคก่อนการเกิดโรค (primary prevention) คือ การป้องกันก่อนที่โรคจะเกิดขึ้น เช่น การให้ภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ การให้สุขศึกษาเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ช่องทางการติดต่อ พาหะของโรค และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เป็นต้น 2) การป้องกันในระยะมีโรคเกิด (secondary prevention) คือ การชะลอกระบวนการดำเนินของโรค การป้องกันการแพร่เชื้อและระบาดของโรคไปยังบุคคลอื่นในชุมชน เช่น การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกของการเกิดโรค และการวินิจฉัยและรักษาให้ทันท่วงที เป็นต้น 3) การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพจากการเกิดโรค (tertiary prevention) คือ การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังการเกิดโรค และการติดตามสังเกตและให้การป้องกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ รวมถึงการบำบัดความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย [3]

ปัจจุบันประเทศไทยให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังจะเห็นได้จากความร่วมมือของหน่วยงานด้านสุขภาพและภาคีเครือข่ายในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โครงการ และกิจกรรมต่าง ๆ หน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันวิชาการด้านสุขภาพ เครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ องค์กรพัฒนาสาธารณประโยชน์ เครือข่ายประชาสังคมที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ และภาคเอกชน เป็นต้น [4] ซึ่งที่ผ่านมามีความพยายามในการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยงานหลัก ๆ เข้าด้วยกัน เช่น ในปี พ.ศ. 2554 สธ. ได้ลงนามเห็นชอบใน

ข้อสรุปการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคร่วมกับ สปสช. โดยมีเป้าประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ กำหนดกรอบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ชัดเจน ซึ่งจะสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นและมีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกันของประชาชน นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2559 สปสช. ได้ออกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) (ฉ.10) เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการปฏิบัติงานแก่ผู้ให้บริการ ขณะเดียวกันประชาชนสามารถทราบถึงรายการบริการต่าง ๆ ที่ตนเองควรได้รับจากสถานพยาบาล เช่น การคัดกรองความเสี่ยงต่าง ๆ เป็นต้น

การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพควรคำนึงถึงคุณภาพและมาตรฐานของการให้บริการนั้น ๆ บริการที่มีคุณภาพในที่นี้หมายถึง บริการที่เป็นไปตามมาตรฐาน มีประโยชน์ มีประสิทธิภาพ และสามารถเข้าถึงได้เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health need) ของผู้รับบริการ คุณภาพจึงเป็นเครื่องยืนยันว่าประชาชนหรือผู้รับบริการจะได้ประโยชน์จากบริการนั้น ๆ ซึ่งในปัจจุบันยังพบว่าวิธีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทยมีความหลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการใหม่ ๆ ที่ยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติอย่างชัดเจน ซึ่งทำให้ผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน [5, 6]

สหราชอาณาจักรได้ดำเนินมาตรการเพื่อยกระดับคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ โดยใช้มาตรฐานคุณภาพ (Quality standards: QS) ซึ่งเป็นข้อความที่สั้น กระชับ เสนอแนะกลวิธีในการให้บริการสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน มาตรฐานคุณภาพเป็นเครื่องมือที่กำหนด benchmark ของคุณภาพบริการที่พึงประสงค์ สามารถนำมาใช้ในการสร้างแรงจูงใจและจัดสรรงบประมาณตามสมรรถนะของการปฏิบัติงาน และใช้เสริมมาตรการพัฒนาคุณภาพบริการอื่น ๆ เช่น clinical audit และ Quality and Outcome Framework (QOF) เป็นต้น [7] ตัวอย่างข้อความคุณภาพจากมาตรฐานคุณภาพในกรณีโภชนาการแม่และเด็ก แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างมาตรฐานคุณภาพในประเด็นโภชนาการแม่และเด็กของสหราชอาณาจักร

ข้อความคุณภาพ: ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลทารกได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเริ่มให้อาหารและอาหารที่เหมาะสมสำหรับทารกเพื่อเสริมการให้นมแม่หรือนมผง

ความสำคัญ: ทารกที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ควรเริ่มรับประทานอาหารที่มีสารอาหารที่หลากหลายและเหมาะสมตามวัยควบคู่ไปกับการดื่มนม ดังนั้นผู้ให้บริการควรพูดคุยและให้คำแนะนำต่อผู้ปกครองหรือผู้ดูแลทารก ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6-8 หลังจากทารกคลอด เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถให้อาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนตามความต้องการของทารกได้ รวมทั้งช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการให้อาหารทารกเร็วหรือช้าเกินไป

ข้อแนะนำสำหรับผู้ให้บริการ: หน่วยบริการควรมีระบบให้คำแนะนำสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลทารก โดยเริ่มให้คำแนะนำตั้งแต่ทารกมีอายุ 6-8 สัปดาห์ คำแนะนำที่ควรให้ ได้แก่ เหตุผลว่าทำไมทารกควรเริ่มรับประทานอาหารตั้งแต่อายุ 6 เดือน ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากทารกเริ่มรับประทานอาหารเร็วหรือช้าเกินไป เหตุผลที่ทำไมการรับประทานอาหารในช่วง 6 เดือนจึงจัดเป็นอาหารเสริมเท่านั้น มารดายังคงต้องให้นมทารกอย่างต่อเนื่อง มารดาควรให้นมอย่างเดียวในขณะที่ทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน เป็นต้น อย่างไรก็ตามคำแนะนำเหล่านี้เหมาะสำหรับเด็กทารกที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ หากทารกมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ควรได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมจากแพทย์

ข้อแนะนำสำหรับผู้รับบริการ: ผู้ปกครองและผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเริ่มให้อาหารเมื่อทารกมีอายุได้ 6 เดือน และอาหารที่เหมาะสมตามวัยของทารกมีอะไรบ้าง ซึ่งการให้อาหารนี้ควรให้เสริมควบคู่กับการให้นมอย่างต่อเนื่อง การได้รับสารอาหารที่ร่างกายทารกต้องการอย่างครบถ้วนจะช่วยให้ทารกมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยให้ทารกมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามวัย

มาตรฐานคุณภาพได้ระบุหลักการและเหตุผลของข้อความคุณภาพ การวัดคุณภาพและวิธีประเมินผลตามตัวชี้วัด รวมทั้งอธิบายผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่มซึ่งแตกต่างจากแนวทางเวชปฏิบัติ คือ มาตรฐานคุณภาพรวบรวมคำแนะนำจากแนวทางเวชปฏิบัติตามลำดับความสำคัญ จากนั้นนำคำแนะนำเหล่านี้มาร่างข้อความขึ้นใหม่ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น และสื่อสารไปยังผู้ให้บริการและผู้รับบริการ [8] มาตรฐานคุณภาพได้ถูกนำไปใช้ในประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศ เช่น ประเทศเวียดนาม ได้พัฒนามาตรฐานคุณภาพเพื่อแก้ปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคปอดบวม [9] ในประเทศอินเดีย รัฐเกรละ (Kerala) ได้พัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการแม่และเด็ก [10] ซึ่งพบว่ามีส่วนช่วยลดปัญหาสุขภาพที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ [11]

สำหรับประเทศไทย มาตรฐานคุณภาพอาจมีประโยชน์ต่อหลายหน่วยงาน กล่าวคือ สปสช. สามารถใช้ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานคุณภาพประเมินคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ รวมทั้งออกแบบกลไกการจัดสรรงบประมาณตามคุณภาพบริการที่กำหนด สธ. สามารถใช้มาตรฐานคุณภาพเพื่อติดตามและประเมินผลคุณภาพบริการของหน่วยงานภายใต้สังกัด รวมทั้งสะท้อนข้อมูลในระดับประเทศ และสามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องได้ โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

สามารถใช้มาตรฐานคุณภาพเพื่อติดตามผลงานขององค์กร และผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้เป็นเครื่องมือสำหรับตรวจสอบการดำเนินงานของตนเอง รวมทั้งใช้อ้างอิงกลวิธีในการปรับปรุงคุณภาพบริการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ผู้รับบริการยังสามารถใช้มาตรฐานคุณภาพเป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่พึงประสงค์ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพบริการ ซึ่งมาตรฐานคุณภาพที่อ่านเข้าใจง่ายช่วยให้ประชาชนมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น

มาตรฐานคุณภาพสอดคล้องและสนับสนุนการดำเนินโครงการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ เนื่องจากตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นจากมาตรฐานคุณภาพ สามารถนำไปใช้กำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการได้ โครงการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการในประเทศไทยใช้ผลการประเมินในการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นแรงจูงใจให้หน่วยบริการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ และเพิ่มผลงานบริการตามตัวชี้วัด หากมีการดำเนินมาตรการทั้งสองร่วมกัน ช่วยสนับสนุนให้การพัฒนาคุณภาพบริการบรรลุเป้าประสงค์ได้ง่ายขึ้น อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชนไทยโดยรวม นอกจากนี้การพัฒนามาตรฐานคุณภาพยังช่วยสนับสนุนนโยบายของ สธ. ที่มุ่งเน้นให้พัฒนาคุณภาพบริการในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังจะเห็นได้จากคำสั่งของคณะกรรมการพัฒนายุทธศาสตร์และขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพคนไทยตลอดช่วงชีวิต ให้จัดตั้งคณะทำงานพัฒนารายการบริการ และแนวทางปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2561 [12] เพื่อทบทวนและพัฒนารายการบริการและแนวทางปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี พ.ศ. 2560 พัฒนาฐานข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการเชื่อมโยงกับระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของ สธ. รวมทั้งกำกับ ติดตาม ผลการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

แม้ สปสช. ได้มีประกาศ ฉ.10 โดยได้กำหนดรายการสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรไทยแต่ละกลุ่มวัยเพื่อเพิ่มความชัดเจนในการปฏิบัติงานแก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ทราบถึงรายการบริการต่าง ๆ ที่ตนเองควรได้รับจากสถานพยาบาล แต่ยังพบว่ามีข้อจำกัดเนื่องจากผู้ให้บริการขาดแนวทางสำหรับการให้บริการที่เป็นมาตรฐาน ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนว่าต้องให้บริการอย่างไรจึงจะเหมาะสม ตัวอย่างเช่น การศึกษาการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ตัวอย่าง 2 จังหวัด พบว่า การคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ยังมีข้อจำกัดด้านทักษะการให้คำปรึกษาของผู้ให้บริการ รวมทั้งการให้ข้อมูลและ/หรือการดูแลหญิงตั้งครรภ์หลังจากทราบผลว่าทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมีย [5] ในลักษณะเดียวกันการประเมินโครงการนำร่องการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ใน 5 จังหวัดนำร่อง พบว่า ผู้ให้บริการขาดแนวทางปฏิบัติในการให้คำปรึกษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ให้บริการปฏิบัติงานด้วยวิธีที่แตกต่างกันตามประสบการณ์หรือความรู้ที่เคยเรียนมา ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับข้อมูลที่สำคัญอย่างครบถ้วน ซึ่งมีส่วนทำให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธการตรวจคัดกรองหรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ [6]

นอกจากนี้ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา พบว่า หากการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการและผลลัพธ์ของการให้บริการขาดหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หลักแล้ว เมื่อนำสู่การปฏิบัติมีโอกาสประสบผลสำเร็จได้ยาก [13] การพัฒนามาตรฐานคุณภาพซึ่งมีตัวชี้วัดคุณภาพเป็นองค์ประกอบจึงน่าจะมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอุปสรรคและความสำเร็จคล้ายกันกับกระบวนการกำหนดตัวชี้วัดโครงการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ดังนั้น จึงควรมีกลไกพัฒนามาตรฐานคุณภาพที่เป็นระบบ โปร่งใส อ้างอิงหลักฐานวิชาการ และมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ซึ่งทำให้มาตรฐานคุณภาพเกิดการยอมรับและสามารถผลักดันให้เกิดการใช้งานได้ง่ายขึ้น สปสช. จึงมอบหมายให้มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program Foundation: HITAP Foundation) ดำเนินการพัฒนากระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อยกระดับคุณภาพของบริการดังกล่าว และส่งเสริมการจัดบริการให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงมาตรการในชุดสิทธิประโยชน์ที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง เกิดประโยชน์ตามเป้าประสงค์อย่างแท้จริง รวมทั้งสามารถใช้บริหารจัดการและวางแผนติดตามและประเมินผลของมาตรการ/นโยบายทั้งในระดับประเทศและระดับสถานพยาบาล

การพัฒนามาตรฐานคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางปรับปรุงคุณภาพการให้บริการสุขภาพตามประกาศ ฉ.10 ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมบริการหลักอาทิ การดูแลครรภ์ การบริการวัคซีนและวิตามิน การคัดกรองโรคและความเสี่ยง การตรวจสุขภาพ การบริการทันตกรรม และการบริการเยี่ยมบ้าน/ชุมชน รวมทั้งสิ้น 83 บริการ และครอบคลุม 5 กลุ่มวัยได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กเล็กอายุ 0-5 ปี กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่นอายุ 6-24 ปี กลุ่มผู้ใหญ่อายุ 25-59 ปี และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป [14]

โครงการนี้แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการจัดทำคู่มือการพัฒนามาตรฐานคุณภาพในประเทศไทย จัดอบรมเพื่อสร้างศักยภาพคณะทำงานและผู้ที่สนใจ และคัดเลือกประเด็นเพื่อนำมาพัฒนามาตรฐานคุณภาพ โดยดำเนินการในเดือนเมษายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนามาตรฐานคุณภาพตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มือการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ จำนวน 3 เรื่อง รวมทั้งศึกษาความเป็นไปได้ของการนำมาตรฐานคุณภาพมาใช้ในระบบสุขภาพไทย ประมาณการภาระงบประมาณ และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อนำมาตรฐานคุณภาพไปใช้ โดยดำเนินการในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 – สิงหาคม พ.ศ. 2561 การพัฒนามาตรฐานคุณภาพในโครงการนี้คณะทำงานพัฒนามาตรฐานคุณภาพตั้งใจดำเนินการให้เป็นตัวอย่างสำหรับการพัฒนาระบบและกระบวนการ โดยศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นรวมทั้งเสนอแนะแนวทางแก้ไข จึงเลือกประเด็นสำหรับพัฒนา 3 ประเด็นก่อนขยายการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับประเด็นอื่น ๆ ต่อไปในอนาคต

1.2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

<u>วัตถุประสงค์ทั่วไป</u>

สำหรับโครงการนี้ ทั้งในระยะที่ 1 และ 2 มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ

1. เพื่อพัฒนากระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสุขภาพที่เป็นระบบ โปร่งใส อ้างอิงหลักฐานทางวิชาการ และมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก
2. เพื่อพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกลไกในการขับเคลื่อนมาตรฐานคุณภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ รวมทั้งการเสริมพลัง (empowerment) เรื่องประโยชน์ของมาตรฐานคุณภาพแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

<u>วัตถุประสงค์เฉพาะ</u>

สำหรับโครงการระยะที่ 2 นี้ มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ

1. เพื่อจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ
2. เพื่อพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นตัวอย่าง 3 เรื่อง
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกลไกในการขับเคลื่อนมาตรฐานคุณภาพ (QS) ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ รวมทั้งการเสริมพลัง (empowerment) เรื่องประโยชน์ของมาตรฐานแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva; 1986.
2. The International Union for Health Promotion and Education. The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Vanves; 2000.
3. Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity [Internet]. Geneva: World Health Organization; date unknown [cited 2017 Jan 2]. Available from: http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับชาติ ปี 2554-2558. นนทบุรี; 2554.
5. ศิตาพร ยังคง, สุธีนุช ตั้งสถิตย์กุลชัย, วิทธวัช พันธุมงคล, เพียร เพลินบรรณกิจ, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. การประเมินการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2559.
6. พิศพรรณ วีระยิ่งยง, จอมขวัญ โยธาสมุทร, ศรวณีย์ ทนุชิต, ศุภวรรธน์ เพิ่มผลสุข, สุธีนุช ตั้งสถิตย์กุลชัย, ณัฐธิดา มาลาทอง, ตีระวัฒนานนท์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. การประเมินโครงการนำร่องการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2559.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Quality standards process guide. London; 2016.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Maternal and Child Nutrition. London; 2015.
9. Li R, van Doorn HR, Wertheim HF, Khue LN, Ha NT, Dat VQ, Hanh CT, Nga DT, Trang NN, Nadjm B, Cluzeau F, Kinh NV, Trung NV, Huong NT, Chau NQ, Huong Q, Thao LT, Hong LT, Oanh TT, Islam J, Roberts CM, Chalkidou K. Combating antimicrobial resistance: quality standards for prescribing for respiratory infections in Vietnam. Lancet Glob Health. 2016;4(11):e789.
10. Vlad I, Paily VP, Sadanandan R, Cluzeau F, Beena M, Nair R, Newbatt E, Ghosh S, Sandeep K, Chalkidou K. Improving quality for maternal care - a case study from Kerala, India. F1000Res. 2016;5:166.
11. Maya C. Fresh initiative to bring down MMR [Internet]. Chennai: The HINDU; 2016 [cited 2017 Jan 2]. Available from: https://www.thehindu.com/news/national/kerala/Fresh-initiative-to-bring-down-MMR/article16970308.ece.
12. กระทรวงสาธารณสุข. คำสั่งคณะกรรมการพัฒนายุทธศาสตร์และขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพคนไทยตลอดช่วงชีวิต เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนารายการบริการ และแนวทางปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี 2559.
13. รุ่งนภา คำผาง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, สโรชา ชูติพงศ์ชัยวัฒน์, จันทนา พัฒนเภสัช, รักมณี บุตรชน, ณัฐธิดา มาลาทอง, สุธีนุช ตั้งสถิตย์กุลชัย, สุธาสินี คำหลวง, ยศ ตีระวัฒนานนท์. รายงานโครงการพัฒนาตัวชี้วัด

คุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2558.
14. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ฉบับที่ 10. 2559.

บทที่ 2
กระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ

2.1. หน่วยงานและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ

ผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนามาตรฐานคุณภาพภายใต้โครงการนี้ประกอบด้วยคณะทำงานพัฒนามาตรฐานคุณภาพ และทีมสนับสนุนด้านวิชาการ โดยได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น ผู้กำหนดนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญ บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มผู้ป่วย นักวิชาการที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ในการให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นตลอดกระบวนการดำเนินงาน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 หน่วยงานและบุคลากรผู้รับผิดชอบและหน้าที่ในการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ

ผู้รับผิดชอบ	หน้าที่
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	• รับรองกระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ • ให้ข้อเสนอแนะต่อมาตรฐานคุณภาพ • อนุมัติ ประกาศใช้และเผยแพร่มาตรฐานคุณภาพ
คณะทำงานพัฒนามาตรฐานคุณภาพ ประกอบด้วยประธานและสมาชิกคณะทำงาน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในประเด็นที่จะจัดทำมาตรฐานคุณภาพ[1]	• คัดเลือกแหล่งอ้างอิงและจัดลำดับความสำคัญสำหรับประเด็นที่จะพัฒนาเป็นมาตรฐานคุณภาพ • คัดเลือกคำแนะนำจากแหล่งอ้างอิง จัดทำมาตรฐานคุณภาพ • รับฟังความคิดเห็นจากหน่วยงานหลายภาคส่วนและปรับปรุงแก้ไขมาตรฐานคุณภาพ

[1] เนื่องจากโครงการนี้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้คัดเลือกประเด็นบริการฝากครรภ์มาพัฒนามาตรฐานคุณภาพ ดังนั้น คณะทำงานจึงประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลขณะตั้งครรภ์ การทำคลอด และการดูแลหลังคลอด เช่น สูติแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และทีมสนับสนุนด้านวิชาการ รวมทั้งผู้กำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่รับผิดชอบประเด็นอนามัยแม่และเด็ก

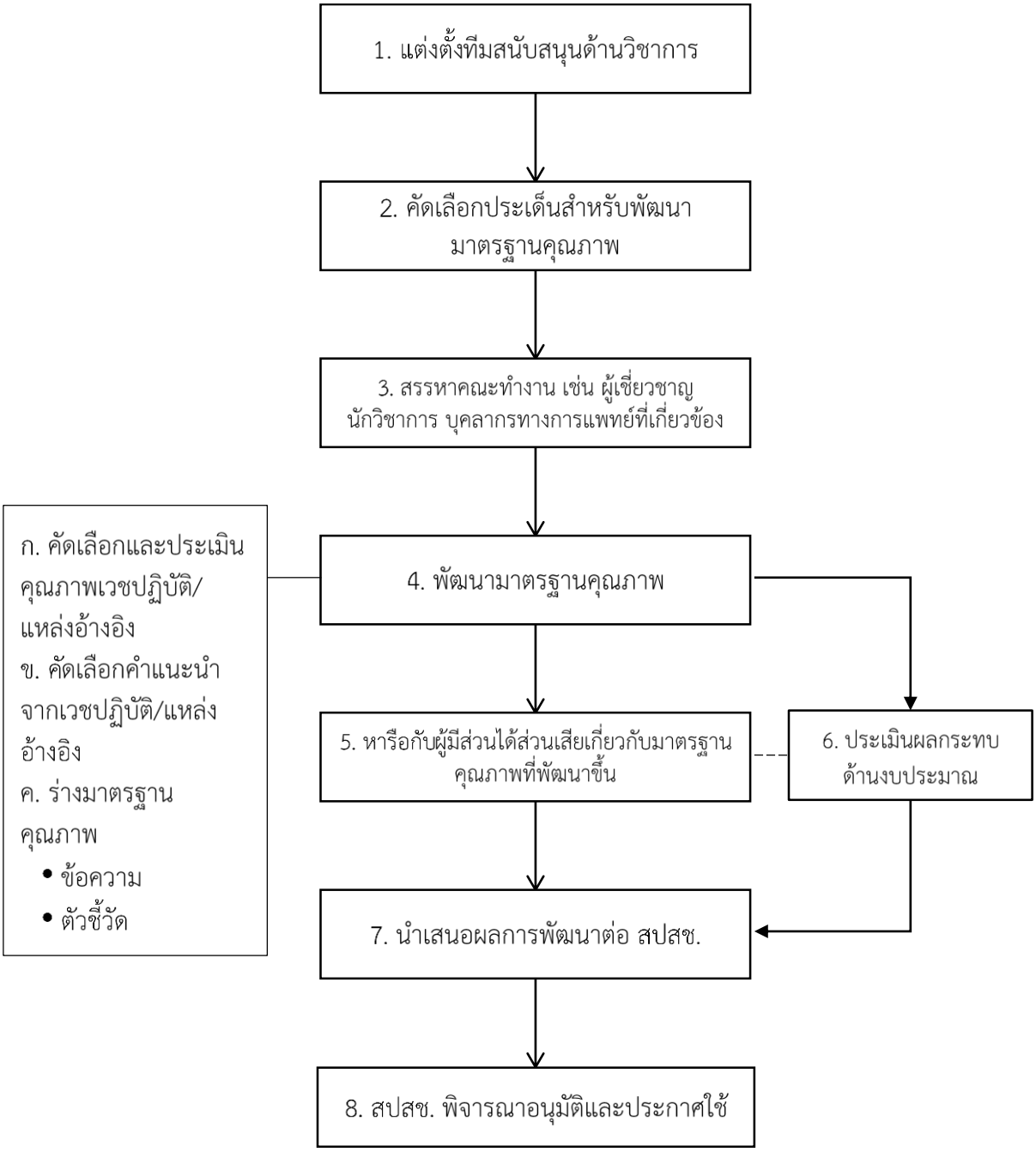
ผู้รับผิดชอบ	หน้าที่
ทีมสนับสนุนด้านวิชาการ ถือเป็นส่วนหนึ่งของคณะทำงานฯ ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขาคณะทำงานฯ ในครั้งนี้ผู้แทนจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพทำหน้าที่เป็นทีมสนับสนุนด้านวิชาการ ซึ่งสมาชิกในทีมประกอบด้วยผู้มีประสบการณ์ในสาขาวิชา ระบาดวิทยา สาธารณสุข การแพทย์เชิงประจักษ์ (evidence-based medicine) และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข	• ให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่คณะทำงานฯ • วิเคราะห์ข้อมูลด้านระบาดวิทยาและอื่น ๆ เพื่อนำเสนอต่อคณะทำงานฯ • ประเมินคุณภาพของแหล่งอ้างอิง • เตรียมการประชุมและเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับคณะทำงานฯ • ร่างมาตรฐานคุณภาพและนำเสนอต่อคณะทำงาน • ศึกษาความเป็นไปได้และวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณ
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นผู้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ (แต่ไม่ได้อยู่ใน 2 กลุ่มข้างต้น) เช่น ผู้กำหนดนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญ บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มผู้ป่วย นักวิชาการที่เกี่ยวข้อง	• ทบทวนและให้ข้อเสนอแนะต่อมาตรฐานคุณภาพที่พัฒนาขึ้นโดยคณะทำงานฯ • ให้ข้อเสนอแนะเพื่อเผยแพร่มาตรฐานคุณภาพ

2.2. กระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ

โครงการระยะที่ 2 นี้พัฒนามาตรฐานคุณภาพโดยอาศัยกระบวนการที่ทีมสนับสนุนด้านวิชาการเป็นผู้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนรายงานเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาและใช้ประโยชน์จากมาตรฐานคุณภาพในสหราชอาณาจักร และเอกสารการพัฒนามาตรฐานคุณภาพในประเทศมีรายได้น้อยถึงปานกลาง [1-4] หลังจากทบทวนเอกสารแล้ว ทีมสนับสนุนด้านวิชาการยกร่างกระบวนการสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพในประเทศไทย (รูปที่ 1) แล้วจึงนำเสนอกระบวนการดังกล่าวให้ สปสช. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และคณะทำงานพัฒนามาตรฐานคุณภาพรับทราบและให้ข้อเสนอแนะ หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะแล้วกระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สปสช. แต่งตั้งทีมสนับสนุนด้านวิชาการ ที่ประกอบด้วยนักวิจัยของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในสาขาวิชาระบาดวิทยา สาธารณสุข การแพทย์เชิงประจักษ์ และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
2. ทีมสนับสนุนด้านวิชาการจัดกระบวนการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพจากประกาศ ฉ.10 ซึ่งบริการฝากครรภ์ได้รับคัดเลือกให้นำมาพัฒนามาตรฐานคุณภาพ
3. ทีมสนับสนุนด้านวิชาการเชิญผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับบริการฝากครรภ์เป็นคณะทำงานเพื่อพัฒนามาตรฐานคุณภาพ จากหน่วยงานต่าง ๆ โดยรายชื่อคณะทำงานอยู่ภาคผนวกที่ 1

4. คณะทำงานฯ ได้พัฒนามาตรฐานคุณภาพในประเด็นที่ได้รับคัดเลือกโดยดำเนินการตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มือการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ ที่จัดทำโดยทีมสนับสนุนด้านวิชาการ [5] ซึ่งขั้นตอนการดำเนินงานเริ่มจากการคัดเลือกแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline) และประเมินคุณภาพของแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวกับบริการที่ได้รับคัดเลือก จากนั้นทำการคัดเลือกคำแนะนำในแนวทางเวชปฏิบัติ โดยพิจารณาข้อมูลในด้านต่าง ๆ เช่น ประสิทธิผล ความคุ้มค่า ภาระงบประมาณ เป็นต้น แล้วจัดลำดับความสำคัญของคำแนะนำ ซึ่งคำแนะนำที่มีหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิผล มีความคุ้มค่า และสามารถดำเนินการได้จริงในประเทศไทยถูกนำมาพัฒนาเป็นมาตรฐานคุณภาพและตัวชี้วัดเพื่อใช้กำกับติดตามและประเมินผลในโอกาสต่อไป
5. ทีมสนับสนุนด้านวิชาการหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อผลการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ และแก้ไขมาตรฐานคุณภาพ ตามคำแนะนำของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
6. ทีมสนับสนุนด้านวิชาการศึกษาความเป็นไปได้และประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ
7. ทีมสนับสนุนด้านวิชาการนำเสนอผลการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ ต่อ สปสช.
8. สปสช. พิจารณาอนุมัติ และประกาศใช้มาตรฐานคุณภาพ



รูปที่ 1 กระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

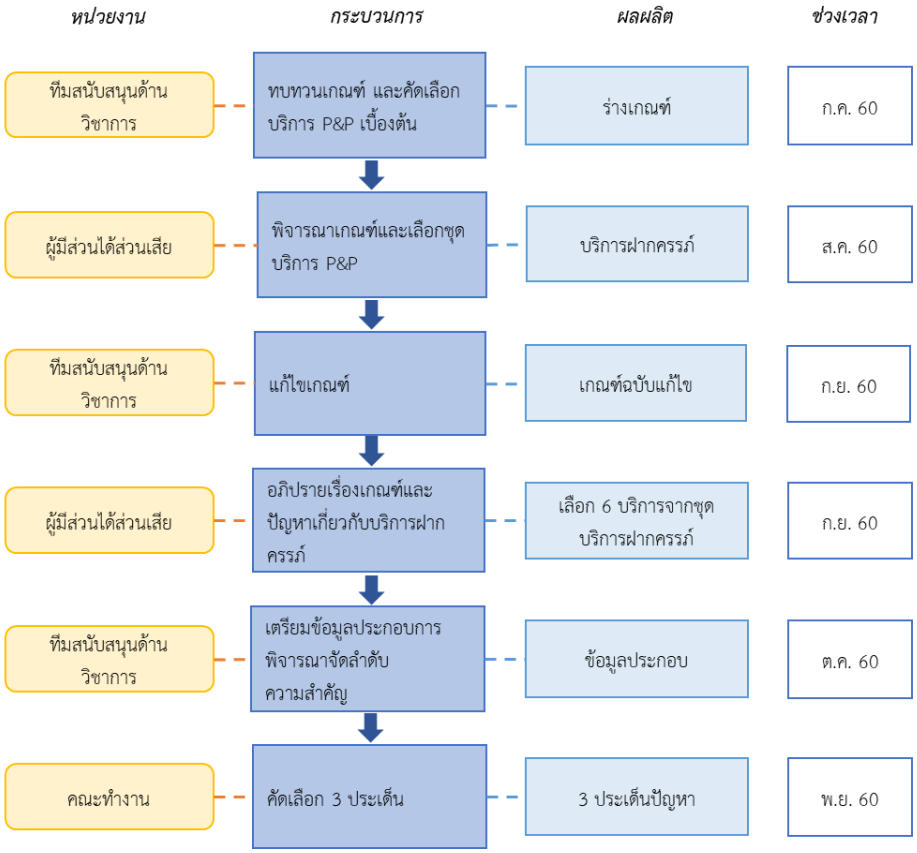
1. Vlad I, Paily VP, Sadanandan R, Cluzeau F, Beena M, Nair R, Newbatt E, Ghosh S, Sandeep K, Chalkidou K. Improving quality for maternal care - a case study from Kerala, India. F1000Res. 2016;5:166.
2. Ministry of Health Vietnam, Vietnam Health Economics Association, NICE International. Quality standards for the hospital management of stroke in Vietnam. Hanoi: Ministry of Health, Vietnam; 2014.
3. National Institute for Health and Care Excellence International. Principles for developing clinical Quality Standards in low and middle income countries: A Guide, Version 1. London: NICE International; 2014.
4. National Institute for Health and Care Excellence International. Principles for developing clinical Quality Standards in low and middle income countries: A Guide, Version 2. London: NICE International; 2015.
5. รุ่งนภา คำผาง, สุธาสินี คำหลวง, ศรวณีย์ ทนุชิต, สรายุทธ ขันธะ, ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี, พรธิดา หัดโนนตุ่น, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. แนวทางการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสุขภาพ. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2560.

บทที่ 3
การจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกประเด็นสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพ

3.1. กระบวนการจัดลำดับความสำคัญของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

โครงการนี้เริ่มด้วยการจัดลำดับความสำคัญเพื่อคัดเลือกประเด็นสำหรับการพัฒนามาตรฐานคุณภาพจำนวน 3 ประเด็นเป็นตัวอย่างเบื้องต้น โดยกระบวนการจัดลำดับความสำคัญได้อ้างอิงตามแนวทางการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางที่จัดทำโดย NICE สหราชอาณาจักร [1, 2]

การจัดลำดับความสำคัญฯ ดำเนินการในช่วงเดือน กรกฎาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ตามขั้นตอนที่ระบุในรูปที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอนย่อย โดยทีมสนับสนุนด้านวิชาการเป็นผู้ดำเนินการหลัก และมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วม ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ สปสช. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ สำนักทันตสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อภายใต้กรมควบคุมโรค สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้ ผู้ตัดสินใจคัดเลือกประเด็นสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพในขั้นสุดท้ายคือ คณะทำงานพัฒนามาตรฐานคุณภาพ ซึ่งรายละเอียดการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนจะนำเสนอในหัวข้อต่อไป



รูปที่ 2 กระบวนการจัดลำดับความสำคัญของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3.2. คัดเลือกบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบื้องต้นและทบทวนเกณฑ์

ทีมสนับสนุนด้านวิชาการคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบื้องต้น โดยใช้เกณฑ์ 2 ข้อ คือ 1) บริการที่มีมาตรฐานคุณภาพในสหราชอาณาจักร เนื่องจากการพัฒนามาตรฐานคุณภาพในครั้งนี้เป็นการดำเนินการครั้งแรกในประเทศไทย ทีมสนับสนุนด้านวิชาการจึงอาศัยตัวอย่างมาตรฐานคุณภาพจากประเทศที่ดำเนินการพัฒนามาตรฐานคุณภาพมาอย่างต่อเนื่องมาเป็นต้นแบบเพื่อปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย 2) การมีอยู่ของข้อมูลการให้บริการฯ รายกิจกรรมในฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม)[2] ฐานข้อมูลระบบบริหารจัดการโรคธาลัสซีเมีย และฐานข้อมูลระบบบูรณาการการคัดกรองความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด ของ สปสช.

เนื่องจากในมาตรฐานคุณภาพต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับกำกับและติดตามการให้บริการของสถานพยาบาล หากพัฒนามาตรฐานคุณภาพของบริการที่ไม่มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการในฐานข้อมูล อาจทำให้ไม่สามารถประเมินผลตามตัวชี้วัดคุณภาพที่กำหนดขึ้นได้ เมื่อใช้เกณฑ์ทั้งสองข้อจัดกลุ่มบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามประกาศฉบับที่ 10 บริการดังกล่าวถูกแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีมาตรฐานคุณภาพในสหราชอาณาจักร และมีข้อมูลการให้บริการในฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) ฐานข้อมูลระบบบริหารจัดการโรคธาลัสซีเมีย และฐานข้อมูลระบบบูรณาการการคัดกรองความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด ของ สปสช.

กลุ่มที่ 2 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีมาตรฐานคุณภาพในสหราชอาณาจักร แต่ไม่มีข้อมูลการให้บริการในฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) ฐานข้อมูลระบบบริหารจัดการโรคธาลัสซีเมีย และฐานข้อมูลระบบบูรณาการการคัดกรองความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด ของ สปสช.

กลุ่มที่ 3 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ไม่มีมาตรฐานคุณภาพในสหราชอาณาจักร แต่มีข้อมูลการให้บริการในฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) ฐานข้อมูลระบบบริหารจัดการโรคธาลัสซีเมีย และฐานข้อมูลระบบบูรณาการการคัดกรองความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด ของ สปสช.

กลุ่มที่ 4 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ไม่มีมาตรฐานคุณภาพในสหราชอาณาจักรและไม่มีข้อมูลการให้บริการในฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) ฐานข้อมูลระบบบริหารจัดการโรคธาลัสซีเมีย และฐานข้อมูลระบบบูรณาการการคัดกรองความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด ของ สปสช.

โดยกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ถือว่ามีความพร้อมที่สุดสำหรับการพัฒนามาตรฐานคุณภาพจึงถูกคัดเลือกให้นำมาจัดลำดับความสำคัญในขั้นตอนต่อไป ซึ่งมีทั้งหมด 21 บริการสำหรับ 5 กลุ่มวัย ดังตารางที่ 3

[2] สปสช. เรียกฐานข้อมูลนี้ว่าฐานข้อมูล OP/PP Individual data

ตารางที่ 3 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีมาตรฐานคุณภาพในสหราชอาณาจักรและมีข้อมูลการให้บริการในฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ฐานข้อมูลระบบบริหารจัดการโรคธาลัสซีเมีย และฐานข้อมูลระบบบูรณาการการคัดกรองความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์และทารก แรกเกิด ของ สปสช. (กลุ่ม 1)

หญิงตั้งครรภ์	อายุ 0 - 5 ปี	อายุ 6 - 24 ปี	อายุ 25 - 59 ปี	อายุ 60 ปีขึ้นไป
● บริการฝากครรภ์คุณภาพ ● บริการตรวจสุขภาพช่องปาก ● การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ● บริการตรวจหลังคลอด	● บริการตรวจสุขภาพช่องปากและการทาฟลูออไรด์วาร์นิช ● บริการวัคซีนป้องกันหัดหัดเยอรมัน และคางทูม ● บริการวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) ไวรัสตับอักเสบบี คอตีบ บาดทะยัก ไอกรนชนิดทั้งเซลล์ ไข้สมองอักเสบเจอีโปลิโอชนิดกิน/ฉีด (OPV/IPV)	● บริการเคลือบฟลูออไรด์ ● บริการคัดกรองสุขภาพช่องปาก ● บริการวัดความดันโลหิต ● การประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ ● บริการอนามัยเจริญพันธุ์และบริการวางแผนครอบครัว	● บริการเคลือบฟลูออไรด์ ● บริการคัดกรองเบาหวาน ● บริการวัดความดันโลหิต ● บริการคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ● บริการอนามัยเจริญพันธุ์และการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์	● บริการเคลือบฟลูออไรด์ ● บริการตรวจสุขภาพช่องปาก ● บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ● บริการคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ทีมสนับสนุนด้านวิชาการทบทวนแนวทางการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการ โดยเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากบทความวิจัยและแนวทางที่พัฒนาโดยหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อจัดทำเกณฑ์การพิจารณาจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกประเด็นสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพ ผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางที่ทบทวนมีวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ที่แตกต่างกัน ได้แก่ 1) การนำไปใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อนำไปประเมินและบรรจุเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าในระบบหลักประกันสุขภาพ [3, 4] 2) การนำไปใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกหัวข้อเพื่อนำไปพัฒนาแนวทางด้านสาธารณสุข (public health guidance) [5] และ 3) การนำไปใช้คัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพเพื่อนำมาจัดทำมาตรฐานคุณภาพของ NICE [1, 2] นอกจากนี้ เกณฑ์และวิธีให้คะแนนที่ใช้มีความหลากหลายขึ้นกับทั้งบริบทของประเทศที่ทำการศึกษาและหัวข้อที่จะทำการจัดลำดับความสำคัญ อย่างไรก็ตามเกณฑ์ที่หน่วยงานต่าง ๆ นิยมใช้มากที่สุดในการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพ ได้แก่ 1) ขนาดของความสูญเสียทางสุขภาพ 2) คุณภาพการให้บริการ และ 3) ความแตกต่างหรือความหลากหลายในการให้บริการ ทีมสนับสนุนด้านวิชาการจึงเสนอเกณฑ์และวิธีให้คะแนนที่ได้จากการทบทวนเอกสารสำหรับโครงการนี้ นอกจากนี้ ทีมสนับสนุนด้านวิชาการได้เพิ่มเกณฑ์อีก 2 ข้อ ได้แก่ 1) ความครอบคลุมของการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และ 2) ประสิทธิผลของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากความครอบคลุมฯ สะท้อนผลการดำเนินงานของสถานพยาบาล และประสิทธิผลเป็นการให้คุณค่ามาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีแนวโน้มว่าจะมีประโยชน์ ซึ่งวิธีการให้คะแนนอ้างอิงจากเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมินเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นร่างเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ฉบับที่ 1) รวมทั้งวิธีการให้คะแนน จึงประกอบด้วยเกณฑ์จำนวน 5 ข้อดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร่างเกณฑ์และคะแนนสำหรับการจัดลำดับความสำคัญฯ (ฉบับที่ 1)

เกณฑ์	**การให้คะแนน**
1. จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ [4, 5]	5 = มากกว่า 500,000 คนขึ้นไป 4 = 100,001 - 500,000 คน 3 = 50,001 - 100,000 คน 2 = 10,001 - 50,000 คน 1 = 0 - 10,000 คน
2. ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค [1, 2]	5 = ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20% 4 = ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเฉลี่ย 21-40% 3 = ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเฉลี่ย 41-60%

เกณฑ์	การให้คะแนน
	2 = ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเฉลี่ย 61-80% 1 = ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเฉลี่ยมากกว่า 80%
3. คุณภาพการให้บริการ [1, 2, 5]	5 = มีหลักฐานวิชาการในประเทศไทย (ระดับประเทศ) ที่แสดงให้เห็นว่าคุณภาพการให้บริการ การสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคต่ำกว่ามาตรฐาน 4 = มีหลักฐานวิชาการในประเทศไทย (บางพื้นที่) ที่แสดงให้เห็นว่าคุณภาพการให้บริการ การสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคต่ำกว่ามาตรฐาน 3 = มีหลักฐานวิชาการในต่างประเทศที่แสดงให้เห็นว่าคุณภาพการให้บริการ การสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคต่ำกว่ามาตรฐาน 2 = ไม่มีหลักฐานวิชาการยืนยัน แต่เป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่าคุณภาพการให้บริการ การสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคมีคุณภาพต่ำ 1 = เป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่าการให้บริการ การสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค เป็นไปอย่างมีคุณภาพ
4. ความแตกต่างในการให้บริการหรือการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค [1-6]	5 = มีหลักฐานวิชาการในประเทศไทย (ระดับประเทศ) ที่แสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างในการให้บริการหรือการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค 4 = มีหลักฐานวิชาการในประเทศไทย (บางพื้นที่) ที่แสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างในการให้บริการหรือการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค 3 = มีหลักฐานวิชาการที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในการให้บริการหรือการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคในต่างประเทศและมีแนวโน้มว่ามีความแตกต่างในประเทศไทย 2 = ไม่มีหลักฐานวิชาการยืนยัน แต่เป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่ามีความแตกต่างในการให้บริการหรือการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค และ/หรือ ไม่มี Clinical Practice Guideline หรือแนวเวชปฏิบัติที่ชัดเจนในประเทศไทย 1 = เป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่าไม่มีความแตกต่างในการให้บริการหรือการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค

<table>
<tr><th>เกณฑ์</th><th>การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>5. ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ [4]</td><td>5.1 กรณีการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรค
ระดับความแม่นยำ
A0=ความแม่นยำน้อยกว่า 60%
A1=ความแม่นยำ 60 - 80%
A2=ความแม่นยำมากกว่า 80%
ผลกระทบจากการคัดกรองหรือการวินิจฉัยโรค
D0=โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
D1=โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้

<table>
<tr><th>คะแนน</th><th>ระดับความแม่นยำ</th><th>ผลกระทบจากการคัดกรองหรือการวินิจฉัยโรค</th></tr>
<tr><td>5</td><td>A2</td><td>D1</td></tr>
<tr><td>4</td><td>A1</td><td>D1</td></tr>
<tr><td>3</td><td>A2</td><td>D0</td></tr>
<tr><td>2</td><td>A1</td><td>D0</td></tr>
<tr><td>2</td><td>A0</td><td>D1</td></tr>
<tr><td>1</td><td>A0</td><td>D0</td></tr>
</table>

5.2 กรณีของการป้องกันโรค
5 = มีประสิทธิผลในการป้องกันมากกว่า 90%
4 = มีประสิทธิผลในการป้องกัน 81 – 90%
3 = มีประสิทธิผลในการป้องกัน 71 – 80%
2 = มีประสิทธิผลในการป้องกัน 61 – 70%
1 = มีประสิทธิผลในการป้องกันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60%</td></tr>
</table>

ภายหลังการยกร่างเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญฯ ฉบับที่ 1 ทีมสนับสนุนด้านวิชาการสืบค้นข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ รายงานวิจัย รายงานการสำรวจสุขภาพ รายงานผลการปฏิบัติงาน รายงานผลการนิเทศงาน เอกสารประกอบการประชุม เว็บไซต์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. กรม/กองภายใต้กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานวิจัย รวมทั้งจากรายงานของ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข แล้วจัดทำเป็นตารางสรุปข้อมูลและคะแนนเบื้องต้นเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใช้ประกอบการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญตามเกณฑ์และแนวทางการให้คะแนนที่จัดทำขึ้น

3.3. พิจารณาเกณฑ์และคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ในขั้นตอนนี้ทีมสนับสนุนด้านวิชาการจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยกระบวนการจัดลำดับความสำคัญประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) การพิจารณาร่างเกณฑ์และคะแนนสำหรับการจัดลำดับความสำคัญฯ (ฉบับที่ 1) และ 2) การอภิปรายและใช้ฉันทามติจากที่ประชุม ซึ่งทั้ง 2 กระบวนการนี้เป็นการเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและสร้างความโปร่งใสของกระบวนการคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพ แต่ผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการในที่ประชุมมีความเห็นให้ปรับ ปรุงเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญฉบับที่ 1 เพื่อให้เหมาะสมต่อการใช้สำหรับการคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากขึ้น (ตารางที่ 5) และเสนอให้ยกเลิกการให้คะแนนเนื่องจากบริการบางรายการมีข้อมูลสนับสนุนไม่เพียงพอทำให้ได้คะแนนน้อยหรือไม่ได้คะแนน

ตารางที่ 5 ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่อร่างเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญฯ (ฉบับที่ 1)

เกณฑ์	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ
1. จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	● ควรพิจารณาจำนวนประชากรที่เป็นเป้าหมายของแต่ละบริการ ● ควรพิจารณาจำนวนประชากรที่เป็นโรคหรือความชุกซึ่งมีความแตกต่างระหว่างโรค ● ควรพิจารณาความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้น ๆ (burden of diseases) ร่วมกับจำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ
2. ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	● เกณฑ์นี้ไม่น่าจะเป็นเกณฑ์ที่นำมาพิจารณา เนื่องจากปัญหาความครอบคลุมต่ำไม่ได้เกิดจากบริการไม่มีคุณภาพ
3. คุณภาพการให้บริการ	● เห็นด้วยกับเกณฑ์นี้ แต่มีข้อกังวลเกี่ยวกับการได้มาซึ่งข้อมูลเนื่องจากการประเมินคุณภาพของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทยมีอยู่น้อยมาก
4. ความแตกต่างในการให้บริการหรือการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค	● บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนไทยทุกคน จึงไม่มีความแตกต่างระหว่างสิทธิ ● ควรพิจารณาความแตกต่างในการเข้าถึงระหว่างกลุ่มประชากร เช่น ประชากรกลุ่มชายขอบหรือชนกลุ่มน้อยน่าจะมีความเหมาะสมมากกว่า
5. ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	● บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ผ่านกระบวนการพิจารณาประสิทธิผลในขั้นตอนการคัดเลือกบริการเพื่อบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว การใช้เกณฑ์นี้สำหรับการจัดลำดับความสำคัญจะซ้ำซ้อนและไม่สามารถทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างบริการได้

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไม่เห็นด้วยกับเกณฑ์บางข้อที่ทีมสนับสนุนด้านวิชาการยกร่าง อย่างไรก็ตามเนื่องจากโครงการนี้มีวัตถุประสงค์ส่วนหนึ่งเพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการจัดทำมาตรฐานคุณภาพ แม้ในขั้นตอนนี้จะไม่สามารถคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญและควรปรับปรุงคุณภาพมากที่สุดได้ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรทำให้มีความจำเป็นต้องดำเนินโครงการนี้ต่อไป ที่ประชุมจึงเสนอให้พิจารณาการคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยอิงตามกลุ่มการให้บริการได้แก่ การซักประวัติและการคัดกรอง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้บริการวัคซีน และอื่น ๆ จากนั้นคัดเลือกเพียง 1 บริการภายใต้กลุ่มบริการดังกล่าว

อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่าการคัดเลือกบริการย่อยเพียงบริการใดบริการหนึ่งอาจไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการใช้มาตรฐานคุณภาพที่พัฒนาขึ้นได้จึงเสนอให้พิจารณาทั้งกลุ่มบริการ เช่น บริการฝากครรภ์คุณภาพ บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด บริการคัดกรองเบาหวาน เป็นต้น นอกจากนี้การพัฒนามาตรฐานคุณภาพในโครงการนี้เป็นการดำเนินการครั้งแรกในประเทศไทย จึงควรคัดเลือกบริการที่สามารถประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ชัดเจนในเวลาไม่นานเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับขยายการพัฒนามาตรฐานคุณภาพไปยังบริการอื่น ๆ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ที่ประชุมได้เลือกบริการฝากครรภ์คุณภาพ (Antenatal Care: ANC) ซึ่งครอบคลุมบริการย่อย 9 รายการ ได้แก่ 1) การทดสอบการตั้งครรภ์ 2) การสอบถามข้อมูลทางการแพทย์ 3) การตรวจร่างกายและตรวจครรภ์ 4) การประเมินสุขภาพจิต 5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น 6) การให้การดูแล รักษา ป้องกัน 7) การประเมินเพื่อการส่งต่อ 8) การให้คำแนะนำ ตอบคำถามและการนัดครั้งต่อไป และ 9) การบันทึกข้อมูล

3.4. การปรับปรุงร่างเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญฯ (ฉบับที่ 1)

ทีมสนับสนุนด้านวิชาการทบทวนเอกสารเพิ่มเติมและปรับปรุงเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามข้อเสนอแนะจากที่ประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยแก้ไขเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญและยกเลิกการให้คะแนนตามเกณฑ์แต่ละข้อ แต่ใช้การอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจนได้ฉันทามติในการคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังตารางที่ 6 ร่างเกณฑ์ฯ ฉบับที่ 2 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของบริการย่อยของบริการฝากครรภ์คุณภาพรวม 9 รายการ

ตารางที่ 6 ร่างเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญฯ (ฉบับที่ 2)

เกณฑ์	นิยาม
1. คุณภาพของบริการสุขภาพ	บริการสุขภาพที่มีคุณภาพต่ำควรได้รับการคัดเลือกมาจัดทำเป็นมาตรฐานคุณภาพเป็นลำดับแรก โดยคุณภาพของบริการสุขภาพสามารถพิจารณาได้ 3 ด้าน ดังนี้ 1.1 ด้านโครงสร้าง (structure): เป็นการพิจารณาความพร้อมของหน่วยบริการสำหรับการดูแลและรักษาผู้ป่วย ซึ่งควรมีความพร้อมทั้ง

เกณฑ์	นิยาม
	ด้านบุคลากร (เช่น แพทย์เฉพาะทาง) ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านโครงสร้างองค์กร 1.2 ด้านกระบวนการ (process): เป็นการพิจารณาบริการสุขภาพที่กลุ่มเป้าหมายได้รับ ตัวอย่างเช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labour) ได้รับยา dexamethasone ก่อนที่จะถูกส่งต่อมาโรงพยาบาลปลายทาง เป็นต้น 1.3 ด้านผลลัพธ์ (outcome): เป็นการพิจารณาผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น อัตราการป่วย (morbidity rate) อัตราการตาย (mortality rate) เป็นต้น
2. ภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ	ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพนั้น ๆ โดยการพิจารณาภาระโรค (burden of disease) ในรูปแบบปีสุขภาวะที่สูญเสีย (disability adjusted life years: DALYs) โดยปีสุขภาวะที่สูญเสียเป็นหน่วยวัดที่สามารถใช้เปรียบเทียบระหว่างโรคหรือปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันได้
3. ความแตกต่างในการให้และรับบริการสุขภาพ	บริการที่มีความแตกต่างในการให้และรับบริการควรได้รับการคัดเลือกมาจัดทำเป็นมาตรฐานคุณภาพเป็นลำดับแรก โดยสามารถพิจารณาได้ 2 ด้าน ดังนี้ 3.1 ความแตกต่างในการให้บริการสุขภาพที่เกิดจากความไม่เหมาะสมของการกระจายเทคโนโลยี การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการขาดศักยภาพของหน่วยบริการในการให้บริการนั้น 3.2 ความแตกต่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างกลุ่มประชากรหรือพื้นที่ ตัวอย่างเช่น ปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการฝากครรภ์คุณภาพของประชากรกลุ่มชายขอบ เป็นต้น
4. การมีแนวทางเวชปฏิบัติหรือแนวทางการให้บริการสุขภาพ	การมีอยู่ของแนวทางเวชปฏิบัติหรือแนวทางการให้บริการสำหรับบริการสุขภาพนั้น ๆ ทั้งนี้แนวทางเวชปฏิบัติหรือแนวทางการให้บริการสุขภาพควรผ่านกระบวนการทบทวนเอกสารและวิเคราะห์หลักฐานทางวิชาการต่าง ๆ และเป็นที่ยอมรับ

3.5. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่ออภิปรายปัญหาเกี่ยวกับบริการฝากครรภ์และร่างเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญฯ (ฉบับที่ 2)

ทีมสนับสนุนด้านวิชาการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ รวมทั้งกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการดังกล่าว นอกจากนี้ในการประชุมเดียวกันยังมีการอภิปราย

เพื่อคัดเลือกประเด็นบริการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพ ทีมสนับสนุนด้านวิชาการแบ่งผู้เข้าร่วมประชุมเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ (สูติแพทย์และพยาบาล) และ 2) กลุ่ม อสม. และผู้รับบริการ

ในการอภิปรายผู้เข้าร่วมประชุมทั้ง 2 กลุ่มมีความเห็นตรงกันในหลายประเด็นอาทิ ที่ผ่านมาไม่พบปัญหาจากการให้บริการหรือรับบริการทดสอบการตั้งครรภ์ การให้บริการฝากครรภ์มีคุณภาพบริการดีและบรรลุตามเป้าประสงค์ที่วางไว้ การมาฝากครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์รวมทั้งสามีสูญเสียรายได้จากการทำงานจึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ตามระยะเวลาและจำนวนครั้งที่กำหนดไว้ เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ให้บริการแสดงความคิดเห็นว่าแม้การฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์จะเป็นตัวชี้วัดระดับประเทศ แต่พบว่าไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้ โดยผู้ให้บริการให้ความเห็นว่าตนเองให้บริการอย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐานอย่างเต็มความสามารถ ทั้งการให้บริการเชิงรุกและบริการเชิงรับ แต่ปัญหาเกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์ไม่มีความตระหนักว่าเรื่องดังกล่าวมีความสำคัญ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของผู้ให้บริการ ในขณะที่ผู้รับบริการเห็นว่าการที่หญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งไม่มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ รวมทั้งการมารับบริการไม่ครบ 5 ครั้งตามที่กำหนดนั้นมีสาเหตุจากการที่ผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนของบริการฝากครรภ์ เป็นต้น ประเด็นเหล่านี้อาจแสดงให้เห็นว่าการให้บริการให้คำปรึกษาอาจจะยังไม่มีคุณภาพ รายละเอียดการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประเด็นปัญหาบริการด้านการฝากครรภ์ดังแสดงในภาคผนวกที่ 2

ภายหลังการอภิปรายกลุ่มที่ประชุมได้ข้อสรุปว่าการให้บริการฝากครรภ์ที่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพในการให้บริการ มีอยู่ 6 บริการดังนี้

1. การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
2. การตรวจครรภ์ ซึ่งรวมการตรวจดูความสูงยอดมดลูกและการตรวจส่วนนำของทารกในครรภ์
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น
4. การให้การดูแลรักษาป้องกันเรื่องการให้กรดโฟลิก (folic acid) ธาตุเหล็ก และการให้ไอโอดีนเสริม
5. การตรวจคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
6. การให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ เช่น โรงเรียนพ่อแม่

นอกจากนี้ทีมสนับสนุนด้านวิชาการนำเสนอเกณฑ์ที่แก้ไขต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งที่ประชุมเห็นด้วยกับเกณฑ์ที่แก้ไข จึงเสนอให้ใช้เกณฑ์ดังกล่าวเพื่อจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกประเด็นปัญหาสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพ

3.6. การเตรียมข้อมูลประกอบการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ

ทีมสนับสนุนด้านวิชาการสืบค้นข้อมูลทุติยภูมิเพื่อประกอบการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญสำหรับ 6 บริการฝากครรภ์ที่ได้คัดเลือกจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนา

มาตรฐานคุณภาพในเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 แหล่งข้อมูลที่สืบค้น ได้แก่ รายงานวิจัย รายงานการสำรวจสุขภาพ รายงานผลการปฏิบัติงาน รายงานผลการนิเทศงาน เอกสารประกอบการประชุม เว็บไซต์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. กรม/กองภายใต้กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานวิจัย รวมทั้งจากรายงานของ HDC และจัดทำเป็นสรุปผลการทบทวนข้อมูลของแต่ละบริการตามเกณฑ์

3.7. การคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพสำหรับจัดทำมาตรฐานคุณภาพ

ทีมสนับสนุนด้านวิชาการจัดประชุมคณะทำงานเพื่อพัฒนามาตรฐานคุณภาพ สมาชิกคณะทำงานเสนอให้พัฒนามาตรฐานคุณภาพที่ครอบคลุมบริการฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ทั้งหมดหรืออาจเรียกว่ารูปแบบ procedure-oriented เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของกระบวนการและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง แต่ที่สมาชิกคณะทำงานบางท่านเห็นว่าการพัฒนามาตรฐานคุณภาพที่ครอบคลุมบริการฝากครรภ์ทั้งหมดอาจจะไม่สามารถแก้ปัญหาคุณภาพของการให้บริการ เนื่องจากหลายบริการมีแนวทางการให้บริการที่ชัดเจน รวมทั้งมีมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กที่ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุขรองรับ นอกจากนี้หากเน้นที่บริการย่อยบางบริการ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจคัดกรอง อาจจะไม่สามารถแก้ปัญหาคุณภาพบริการฝากครรภ์และวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ เนื่องจากหากเน้นที่การคัดกร องแต่ไม่มีการติดตามว่าเมื่อคัดกรองแล้วมีผลบวก หญิงตั้งครรภ์ได้รับมาตรการใดเพื่อแก้ปัญหาที่พบ การคัดกรองจึงไม่มีประโยชน์และไม่ช่วยลดปัญหาสุขภาพนั้น ๆ นอกจากนี้ คณะทำงานนี้ควรเน้นที่การให้บริการยังไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสะท้อนจากประเด็นปัญหาสุขภาพที่ยังพบมากในปัจจุบันหรืออาจเรียกว่ารูปแบบ disease-oriented ซึ่งการตั้งเป้าหมายในลักษณะนี้จะช่วยให้ง่ายต่อการวัดผลลัพธ์และช่วยให้ครอบคลุมบริการย่อยที่เกี่ยวข้องในทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์อีกด้วย

ภายหลังการพิจารณาข้อมูลประกอบเกณฑ์การคัดเลือกบริการย่อยของบริการฝากครรภ์และอภิปรายเกี่ยวกับรูปแบบของมาตรฐานคุณภาพ คณะทำงานเห็นชอบที่จะพัฒนามาตรฐานคุณภาพในรูปแบบ disease-oriented และมีมติคัดเลือกบริการย่อยต่อไปนี้เพื่อจัดทำมาตรฐานคุณภาพ 1) บริการเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 2) บริการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ และ 3) บริการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากหากมีมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการดังกล่าวอาจช่วยป้องกันปัญหาที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute for Health and Care Excellence International. Principles for developing clinical Quality Standards in low and middle income countries: A Guide, Version 1. London: NICE International; 2014.
2. National Institute for Health and Care Excellence International. Principles for developing clinical Quality Standards in low and middle income countries: A Guide, Version 2. London: NICE International; 2015.
3. Lertpitakpong C, Chaikledkaew U, Thavorncharoensap M, Tantivess S, Praditsitthikorn N, Youngkong S, Yothasamut J, Udomsuk K, Sinthitichai K, Teerawattananon Y. A determination of topics for health technology assessment in Thailand: making decision makers involved. J Med Assoc Thai. 2008;91 Suppl 2:S100-9.
4. Youngkong S, Baltussen R, Tantivess S, Mohara A, Teerawattananon Y. Multicriteria decision analysis for including health interventions in the universal health coverage benefit package in Thailand. Value Health. 2012;15(6):961-70.
5. Reddy BP, Kelly MP, Thokala P, Walters SJ, Duenas A. Prioritising public health guidance topics in the National Institute for Health and Care Excellence using the Analytic Hierarchy Process. Public Health. 2014;128(10):896-903.
6. Whitlock EP, Lopez SA, Chang S, Helfand M, Eder M, Floyd N. AHRQ series paper 3: identifying, selecting, and refining topics for comparative effectiveness systematic reviews: AHRQ and the effective health-care program. J Clin Epidemiol. 2010;63(5):491-501.

บทที่ 4
การพัฒนามาตรฐานคุณภาพ

4.1. องค์ประกอบของมาตรฐานคุณภาพ

มาตรฐานคุณภาพของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้โครงการนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 9 ส่วน ดังนี้

1. ข้อความคุณภาพ (quality statement)
2. หลักการและเหตุผล (rationale)
3. ตัวชี้วัดคุณภาพ (quality measures)
4. นิยามศัพท์ที่สำคัญ (definition of term used)
5. ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม (What the quality statement means for each audience)
6. แหล่งที่มาของคำแนะนำ (source guidance)
7. แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด (data sources)
8. ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค (social and equality considerations)
9. การวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณ (budget impact analysis)

ทั้งนี้ องค์ประกอบหลัก 3 ส่วนของมาตรฐานคุณภาพ ได้แก่

1) ข้อความคุณภาพ (quality statement) ซึ่งเป็นข้อความที่สั้น กระชับที่เป็นคำแนะนำของการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐาน โดยมาตรฐานคุณภาพแต่ละเรื่องประกอบด้วยข้อความคุณภาพ ประมาณ 6 - 8 ข้อความ

2) ตัวชี้วัดคุณภาพ (quality measure) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพของการดูแลรักษาหรือการให้บริการที่ระบุไว้ในข้อความคุณภาพ แบ่งออกเป็นตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ และตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ โดยตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นต้องสอดคล้องกับข้อความคุณภาพนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติมักกำหนดตัวชี้วัดกระบวนการเพื่อเป็นตัวแทนของการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ เนื่องจากผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการให้บริการบางชนิดต้องใช้เวลานานจึงจะเกิดขึ้นและวัดได้

3) ข้อมูลอื่น ๆ เช่น หลักการและเหตุผล (rationale) โดยทั่วไปข้อความคุณภาพจะตามด้วยหลักการและเหตุผล ซึ่งอธิบายเหตุผลความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาข้อความคุณภาพเกี่ยวกับบริการสำหรับปัญหสุขภาพนั้นๆ นอกจากนี้ อาจมีข้อมูลการวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณ (budget impact analysis)ประกอบมาตรฐานคุณภาพหรือข้อความคุณภาพนั้นๆ โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่เพิ่มต้นทุนและประเมินต้นทุนในการดำเนินการในระดับประเทศ ภูมิภาค และท้องถิ่น การวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณเป็นข้อมูลประกอบเพิ่มเติม จะช่วยให้ทราบถึงงบประมาณที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและการดำเนินงานของผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน

การพัฒนาองค์ประกอบทั้ง 9 ส่วนเริ่มด้วยการรวบรวมแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาเป็นร่างข้อความคุณภาพซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดในหัวข้อ 4.2 นอกจากนี้ทีมสนับสนุนวิชาการยังได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมสำหรับร่างหลักการและเหตุผล นิยามศัพท์ ข้อพิจารณาทางด้านสังคมและความเสมอภาค และผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม ในส่วนของการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ ทีมสนับสนุนวิชาการฯ เริ่มต้นด้วยการสืบค้นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเป็นแนวทาง หากพบว่ามีตัวชี้วัดเดียวกันอยู่แล้ว จะใช้ตัวชี้วัดนั้นเลย หากไม่มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องจึงร่างตัวชี้วัดขึ้นใหม่โดยพิจารณาฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) ประกอบ เมื่อร่างมาตรฐานคุณภาพเรียบร้อยแล้ว จึงนำเสนอต่อที่ประชุมคณะทำงานซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดในหัวข้อ 4.3

4.2. การรวบรวมข้อแนะนำจากแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนามาตรฐานคุณภาพ

หลักการสำคัญของการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ คือ การเลือกข้อแนะนำที่มีหลักฐานทางวิชาการที่น่าเชื่อถือรองรับ ดังนั้นขั้นตอนนี้จึงเริ่มต้นด้วยการรวบรวมแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นแนวทางเวช-ปฏิบัติของประเทศไทยที่จัดทำโดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย รวมทั้งแนวทางเวชปฏิบัติที่ยอมรับในต่างประเทศในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวทางเวชปฏิบัติที่พัฒนาโดย NICE องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และ The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

หลังจากการรวบรวมข้อแนะนำจากแนวทางเวชปฏิบัติ ทีมสนับสนุนด้านวิชาการปรึกษาหารือกับคณะทำงานเพื่อประเมินความเหมาะสมและคัดเลือกแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับนำมาพัฒนามาตรฐานคุณภาพ โดยคัดเลือกแนวทางเวชปฏิบัติที่มีคุณภาพ น่าเชื่อถือ และพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำข้อแนะนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งแนวทางเวชปฏิบัติที่ได้รับคัดเลือกเพื่อพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวแสดงไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แนวทางเวชปฏิบัติที่ได้รับคัดเลือกเพื่อพัฒนามาตรฐานคุณภาพ

มาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	มาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ	มาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว
1. แนวทางเวชปฏิบัติของราช-วิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (2558) [1] 2. NICE guideline NG25. Preterm labour and birth. (2015) [2]	1. แนวทางเวชปฏิบัติของราช-วิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ (2558) [3] 2. NICE guideline CG107. Diagnosis and management. (2011) [4] 3. NICE guideline QS35.Hypertension in pregnancy. (2013) [5] 4. NICE guideline CG62. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. (2017) [6] 5. WHO recommendations for the prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia (2011) [7]	1. แนวทางเวชปฏิบัติของราช-วิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว (2558) [8] 2. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage (green-top guideline no.52). (2016) [9]

4.3. การประชุมเพื่อพัฒนาร่างมาตรฐานคุณภาพ

4.3.1. ร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ทีมสนับสนุนด้านวิชาการได้นำเสนอร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อคณะทำงานในวันพุธที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2561 เพื่อพิจารณาให้ข้อเสนอแนะต่อร่างมาตรฐานคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย 6 ข้อความคุณภาพ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4) การให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Prophylactic progesterone) เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 5) การให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) เพื่อกระตุ้นการทำงานของปอดทารกในครรภ์ และ 6) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คณะทำงานมีข้อเสนอแนะดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อเสนอแนะต่อร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ข้อความคุณภาพ	ข้อเสนอแนะ
ข้อความคุณภาพที่ 1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด *“หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด”*	- แก้ไขข้อความคุณภาพจาก “หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” - แก้ไขข้อความจาก “โดยคำนวณจากประวัติการเป็นประจำเดือนครั้งสุดท้าย” เป็น “โดยคำนวณอายุครรภ์จากประวัติการเป็นประจำเดือนครั้งสุดท้ายหรือตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ” - แก้ไขข้อมูลการวัดคุณภาพด้านผลลัพธ์ โดยเพิ่มการวัดความเข้าใจต่อข้อมูล และเพิ่มการวัดคุณภาพบริการ คือ “ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกเปิดมากกว่าหรือเท่ากับ 1 เซนติเมตรเมื่อมาถึงห้องคลอด” - เพิ่มรายละเอียดของข้อมูลผลกระทบของข้อความคุณภาพและเสนอให้แก้ไขรายละเอียดของข้อมูล - แก้ไขนิยามศัพท์เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ข้อความคุณภาพที่ 2 การประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด *“หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกควรได้รับการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด”*	- แก้ไขข้อความคุณภาพจาก “หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยบริการสุขภาพควรได้รับการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกที่หน่วยบริการสุขภาพควรได้รับการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” - แก้ไขหลักการและเหตุผล - แก้ไขการวัดคุณภาพด้านกระบวนการ โดยเปลี่ยนข้อความจาก “ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” เป็น “ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกที่หน่วยบริการสุขภาพได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอด

ข้อความคุณภาพ	ข้อเสนอแนะ
	ก่อนกำหนด” และเพิ่มร้อยละการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน - แก้ไขนิยามศัพท์โดย กำหนดให้ความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหมายถึงความเสี่ยงที่สามารถถูกตรวจพบในการฝากครรภ์ครั้งแรกและการซักประวัติเท่านั้น ไม่รวมถึงความเสี่ยงที่ต้องตรวจร่างกายหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตัดข้อความ “ภาวะปากมดลูกสั้น (short cervix) น้อยกว่า 25 มม. จากการอัลตราซาวด์ทางช่องคลอดในระหว่างที่มีอายุครรภ์ $16^{0/7}$ ถึง $24^{6/7}$ สัปดาห์” เพราะการวัดภาวะปากมดลูกสั้นไม่สามารถทำได้ในหลายพื้นที่เนื่องจากเป็นวิธีที่ใช้ความแม่นยำและความชำนาญสูง โดยแพทย์ใช้วิธีการประเมินจากประวัติด้านอื่น ๆ แทน - เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ น้ำหนักน้อยก่อนการตั้งครรภ์ มีภาวะโลหิตจาง และประวัติภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ และไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น
ข้อความคุณภาพที่ 3 การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด *“หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีผลการประเมินที่แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์”*	- แก้ไขข้อความคุณภาพจาก “หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีผลการประเมินที่แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรได้รับการส่งต่อไปฝากครรภ์ที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีผลการประเมินที่แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ” - การวัดคุณภาพ เปลี่ยนข้อความจาก “หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยส่งต่อระดับต้น (First-level referral hospital) ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) 90-120 เตียง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) 60-90 เตียง และ โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) 30-60 เตียง” เป็น “หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ

ข้อความคุณภาพ	ข้อเสนอแนะ
	หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป”
ข้อความคุณภาพที่ 4 การให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Prophylactic progesterone) เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด *“หญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติเจ็บความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรได้รับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนตั้งแต่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์จนถึง 36 สัปดาห์เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด”*	- ที่ประชุมเสนอให้ตัดข้อความคุณภาพที่ 4 ออก เพราะในปัจจุบันบริการให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการสุขภาพ และมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ไม่ได้จัดอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) และหน่วยบริการสุขภาพบางแห่งไม่มีการเก็บสำรองฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน
ข้อความคุณภาพที่ 5 การให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) เพื่อกระตุ้นการทำงานของปอดทารกในครรภ์ *“หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์เพื่อกระตุ้นให้การทำงานของปอดทารกในครรภ์สมบูรณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ”*	- แก้ไขข้อความคุณภาพจาก “หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง $24^{0/7}$ ถึง $34^{0/7}$ สัปดาห์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) เพื่อกระตุ้นให้การทำงานของปอดทารกในครรภ์สมบูรณ์ ก่อนส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิด” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) เพื่อกระตุ้นให้การทำงานของปอดทารกในครรภ์สมบูรณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ” - เพิ่ม “การได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์อย่างน้อย 1 ครั้ง” ในตัวชี้วัดด้านกระบวนการ - เพิ่มข้อความ “และ” ในนิยามศัพท์ “การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (true preterm labour)” เพราะการวินิจฉัยต้องมีอาการเหล่านี้ร่วมกัน

ข้อความคุณภาพ	ข้อเสนอแนะ
	- เพิ่มเอกสารอ้างอิงของนิยามศัพท์ “การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด”
ข้อความคุณภาพที่ 6 การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด *“หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ และคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ ภายใน 24 ชั่วโมง”*	- แก้ไขข้อความคุณภาพจาก “หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือทุติย-ภูมิ และได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ และคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิด ภายใน 24 ชั่วโมง เป็น “หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ และคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ ภายใน 24 ชั่วโมง” - แก้ไขการวัดคุณภาพด้านผลลัพธ์ จาก “ร้อยละของทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่เสียชีวิต” เป็น “ร้อยละของทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่เสียชีวิตหลังจากได้รับการดูแลในห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ” - แก้ไขการวัดคุณภาพด้านผลลัพธ์ จาก “ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่เสียชีวิต” เป็น “ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่เสียชีวิตหลังจากได้รับการดูแลในห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ” - แก้ไขการวัดคุณภาพด้านผลลัพธ์ จาก “ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ทุกราย” เป็น “ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ทุกรายที่ได้รับการดูแลในห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ” - เพิ่มการวัดคุณภาพด้านผลลัพธ์ “ร้อยละของทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น 1) โรคเลือดออกในโพรงสมอง (intraventricular haemorrhage) เป็นต้น โดยทีมสนับสนุนด้านวิชาการควรไปทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมถึงภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ

ข้อความคุณภาพ	ข้อเสนอแนะ
	เนื่องจากเป็นข้อมูลที่หน่วยบริการสุขภาพต้องบันทึกสำหรับเบิกจ่ายเงิน และข้อมูลดังกล่าวมีความถูกต้องสูง เพราะบันทึกตามระบบรหัสโรคและรหัสปัญหาสุขภาพ (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision: ICD-10)

4.3.2. ร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ

ทีมสนับสนุนด้านวิชาการได้นำเสนอร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อคณะทำงานในวันพุธที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 เพื่อพิจารณาให้ข้อเสนอแนะต่อร่างมาตรฐานคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย 7 ข้อความคุณภาพ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง 2) การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ 3) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ 4) การป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ 5) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ 6) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง และ 7) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ข้อเสนอแนะต่อร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ

ข้อความคุณภาพ	ข้อเสนอแนะ
ข้อความคุณภาพที่ 1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง *“หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์”*	- ข้อมูลสำหรับการวัดด้านกระบวนการหรือด้านผลลัพธ์ที่ใช้ข้อมูลตัวตั้งและตัวหารอาจจะมีอยู่จำกัดหรือไม่มีข้อมูล เนื่องจากหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงที่วางแผนการตั้งครรภ์และรับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์มีจำนวนน้อย ซึ่งส่วนใหญ่จะเข้ารับบริการเมื่อตั้งครรภ์แล้วและเป็นการฝากครรภ์ครั้งแรก ถ้าหากต้องการข้อมูลจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงเข้ารับข้อมูลที่หน่วยบริการสุขภาพมีความจำเป็นต้องมีการสำรวจและบันทึกในเวชระเบียนทุกครั้งซึ่งถือเป็นการเพิ่มภาระงานให้เจ้าหน้าที่ ทำให้ข้อความคุณภาพนี้อาจจะอยู่นอกเหนือขอบเขตของการฝากครรภ์คุณภาพและอาจจะเป็นไปไม่ได้ในทางปฏิบัติ
ข้อความคุณภาพที่ 2 การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ	- แก้ไขข้อความคุณภาพ จาก“หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ รวมทั้งควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง

ข้อความคุณภาพ	ข้อเสนอแนะ
“หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก ควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ รวมทั้งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงหากผลประเมินแสดงว่ามีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ”	จากภาวะครรภ์เป็นพิษ” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษสูงควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงจากภาวะครรภ์เป็นพิษ” เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงต่ำต่อภาวะครรภ์เป็นพิษอาจจะไม่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงจากภาวะครรภ์เป็นพิษหรือถ้าได้รับข้อมูลอาจจะลืมได้ จึงควรให้ข้อมูลเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง - เพิ่มนิยามศัพท์ของคำว่า “การจัดการความเสี่ยง” - แก้ไขนิยามศัพท์ของความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษโดยระบุให้มีปัจจัยอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น ไม่แยกความเสี่ยงระดับกลางและความเสี่ยงระดับสูง - แก้ไขการวัดคุณภาพด้านผลลัพธ์จาก “ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกมีภาวะครรภ์เป็นพิษ” เป็น “ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง”
ข้อความคุณภาพที่ 3 การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ *“หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีผลการประเมินแสดงว่ามีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์”*	- แก้ไขการวัดคุณภาพด้านผลลัพธ์ เนื่องจากการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษอาจจะไม่สามารถป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้โดยตรง และการวัดผลลัพธ์โดยใช้ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษและมีภาวะครรภ์เป็นพิษอาจจะไม่สะท้อนความเป็นจริง ที่ประชุมจึงเสนอให้พิจารณาผลลัพธ์ที่การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการส่งต่อกับกลุ่มที่ได้รับการส่งต่อเพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk: RR) ของทั้งสองกลุ่ม
ข้อความคุณภาพที่ 4 การป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ	- แก้ไขข้อความคุณภาพจาก “หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับยาแอสไพรินขนาด 75 มิลลิกรัม

ข้อความคุณภาพ	ข้อเสนอแนะ
“หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับยาแอสไพรินขนาด 81 มิลลิกรัม ทุกวันตั้งแต่อายุครรภ์ 120/7 สัปดาห์จนคลอด ในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไปที่มีสูติแพทย์ประจำ”	ทุกวันตั้งแต่อายุครรภ์ $12^{0/7}$ สัปดาห์จนคลอด ในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับยาแอสไพรินขนาด 81 มิลลิกรัม ทุกวันตั้งแต่อายุครรภ์ $12^{0/7}$ สัปดาห์จนคลอด ในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติย-ภูมิขึ้นไปที่มีสูติแพทย์ประจำ” - ตัดนิยามศัพท์ของปัจจัยเสี่ยงระดับกลาง โดยให้ยึดความเสี่ยงระดับสูงเป็นหลักและเพิ่มปัจจัยเสี่ยงตามแนวทาง เวชปฏิบัติของ The American College of Obstetricians and Gynecologists อีก 2 ปัจจัย ได้แก่ มีประวัติครรภ์เป็นพิษก่อน 34 สัปดาห์ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อนหน้า และมีประวัติครรภ์เป็นพิษมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งขึ้นไป - พิจารณาความเป็นไปได้ในการให้ยาแอสไพรินแก่หญิงตั้งครรภ์ทั่วประเทศ เนื่องจากปัจจุบันมีการให้ยาแอสไพรินเมื่อพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ ส่วนการให้ยาแอสไพรินแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อครรภ์เป็นพิษระดับอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของสูตินรีแพทย์ ที่ประชุมจึงได้เสนอให้เพิ่มคำว่า “ความเสี่ยงสูง” ในข้อความคุณภาพและการวัดคุณภาพ
ข้อความคุณภาพที่ 5 การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ *“หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิที่มีสูติแพทย์หรือโรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์”*	- แก้ไขข้อความคุณภาพ จาก “หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ*ที่มีสูติแพทย์*หรือโรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป” เนื่องจากหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิที่มีสูติแพทย์เท่านั้นที่จะสามารถดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษได้ - เปลี่ยนนิยามศัพท์ของภาวะครรภ์เป็นพิษจาก “ภาวะความดันโลหิต systolic ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิต diastolic ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับภาวะโปรตีนใน

ข้อความคุณภาพ	ข้อเสนอแนะ
	ปัสสาวะในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไป" เป็น "ภาวะความดันโลหิต systolic ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิต diastolic ≥ 90 มิลลิเมตรปรอทร่วมกับภาวะอื่น ๆ" เนื่องจากปัจจุบันไม่ได้พิจารณาภาวะโปรตีนในปัสสาวะในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไปเป็นเกณฑ์แล้ว - เพิ่มนิยามศัพท์ของภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง - เปลี่ยนการระบุระดับหน่วยบริการสุขภาพจากระดับปฐม-ภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ เป็นการระบุระดับหน่วยบริการสุขภาพระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานในปัจจุบัน
ข้อความคุณภาพที่ 6 การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง *"หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงควรได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงได้ ภายใน 24 ชั่วโมง"*	- การให้ยา $MgSO_4$ สามารถให้ได้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไป แต่การให้ยา $MgSO_4$ ไม่ได้ระบุไว้ในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 จึงไม่ได้ระบุการให้ยา $MgSO_4$ ในข้อความคุณภาพนี้
ข้อความคุณภาพที่ 7 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต *"หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต"*	- เพิ่มนิยามศัพท์ของคำว่า "ภาวะโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์" และ "ภาวะครรภ์เป็นพิษ"

4.3.3. ร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

ทีมสนับสนุนด้านวิชาการได้นำเสนอร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อคณะทำงานในวันพุธที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 เพื่อพิจารณาให้ข้อเสนอแนะต่อร่างมาตรฐานคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 ข้อความคุณภาพ ได้แก่ 1) การประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว 2) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว และ 3) การให้ยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ข้อเสนอแนะต่อร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

ข้อความคุณภาพ	ข้อเสนอแนะ
ข้อความคุณภาพที่ 1 การประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว *“หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ควรได้รับการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว”*	- ปรับนิยามศัพท์ของความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว โดยอ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
ข้อความคุณภาพที่ 2 การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว *“หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีผลการประเมินที่แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวควรได้รับการส่งต่อไปดูแลและคลอดที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์”*	- การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวเพื่อได้รับการดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพียงอย่างเดียว อาจจะไม่สามารถลดการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวได้ แต่ควรเน้นย้ำว่าหญิงตั้งครรภ์เหล่านั้นจะต้องคลอดที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วย

ข้อความคุณภาพ	ข้อเสนอแนะ
ข้อความคุณภาพที่ 3 การให้ยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ *“หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่อาจมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็กควรได้รับการรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อลดความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว”*	- แก้ไขข้อความคุณภาพจาก“หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กควรได้รับการรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อลดความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่อาจมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็กควรได้รับการรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อลดความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว” - เพิ่มภาวะการมีระดับฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33 ไว้ในนิยามศัพท์ของภาวะโลหิตจาง - แก้ไขนิยามศัพท์ของการรักษาภาวะโลหิตจางที่อาจมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็กให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาในปัจจุบัน

4.4. ผลการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการฝากครรภ์

หลังจากผ่านกระบวนการแก้ไขร่างมาตรฐานคุณภาพตามข้อเสนอแนะของคณะทำงาน มีมาตรฐานคุณภาพคงเหลือทั้งสิ้น 15 เรื่อง ประกอบด้วย มาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 5 เรื่อง มาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษจำนวน 7 เรื่องและมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวจำนวน 3 เรื่อง (ภาคผนวกที่ 7) ซึ่งสรุปได้ดัง

ตารางที่ ***11*** โดยมาตรฐานคุณภาพทั้งหมดนี้ได้ถูกนำไปใช้เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และผลกระทบงบประมาณของการใช้มาตรฐานคุณภาพเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพัฒนาคุณภาพการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในลำดับต่อไป

ตารางที่ 11 ข้อความคุณภาพสำหรับบริการฝากครรภ์

การคลอดก่อนกำหนด	ภาวะครรภ์เป็นพิษ	ภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว
• ข้อความคุณภาพที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด • ข้อความคุณภาพที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกควรได้รับการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด • ข้อความคุณภาพที่ 3 หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีผลการประเมินที่แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ • ข้อความคุณภาพที่ 4 หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์เพื่อกระตุ้นให้การทำงานของปอดทารกในครรภ์สมบูรณ์อย่างน้อย 1	• ข้อความคุณภาพที่ 1 หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ • ข้อความคุณภาพที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก ควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ รวมทั้งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงหากผลประเมินแสดงว่ามีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ • ข้อความคุณภาพที่ 3 หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและมีผลการประเมินแสดงว่ามีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ • ข้อความคุณภาพที่ 4 หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับยาแอสไพรินขนาด 81 มิลลิกรัม ทุกวันตั้งแต่อายุครรภ์ $12^{0/7}$ สัปดาห์จนคลอด ในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไปที่มีสูติแพทย์ประจำ	• ข้อความคุณภาพที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ควรได้รับการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว • ข้อความคุณภาพที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและมีผลการประเมินที่แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวควรได้รับการส่งต่อไปดูแลและคลอดที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ • ข้อความคุณภาพที่ 3 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่อาจมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็กควรได้รับการรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อลดความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

การคลอดก่อนกำหนด	ภาวะครรภ์เป็นพิษ	ภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว
ครั้ง ก่อนส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ ● ข้อความคุณภาพที่ 5 หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ และคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ ภายใน 24 ชั่วโมง	● ข้อความคุณภาพที่ 5 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิที่มีสูติแพทย์หรือโรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ● ข้อความคุณภาพที่ 6 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงควรได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงได้ภายใน 24 ชั่วโมง ● ข้อความคุณภาพที่ 7 หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต	

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก, คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. 2558.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour and birth (QS135). London; 2016.
3. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ. 2558.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guideline: Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. London; 2010.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in pregnancy (QS35). London; 2013.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. London; 2008.
7. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva; 2011.
8. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว. 2558.
9. Mavrides E, Allard S, Chandraharan E, Collins P, Green L, Hunt BJ, Riris S, Thomson AJ. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2017;124(5):e106-e49.

ตัวอย่างมาตรฐานคุณภาพมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
มาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ข้อความคุณภาพที่ 1: การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ*อาการ*และ*อาการ*แสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิขึ้นไป)
หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
หลักการและเหตุผล

- ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นภาวะที่มีการเจ็บครรภ์คลอดเกิดขึ้นก่อนอายุครรภ์ $37^{0/7}$ สัปดาห์ หรือก่อน 259 วัน โดยคำนวณอายุครรภ์จากประวัติการเป็นประจำเดือนครั้งสุดท้ายหรือ ultrasound ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80 [1] จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2550-2553 พบทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมในปี 2550; 2551; 2552; 2553 จำนวน 87,521 คน (ร้อยละ 11); 84,444 คน (ร้อยละ 10); 87,230 คน (ร้อยละ 11) และจำนวน 86,216 คน (ร้อยละ 11) ตามลำดับ [2] ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ มากมาย เช่น ภาวะหายใจลำบาก อุณหภูมิกายไม่คงที่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาเรื่องการย่อยและการดูดซึมสารอาหารไม่สมบูรณ์ ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ภาวะตัวเหลือง เป็นต้น [1]
- ในช่วงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อสังเกตตนเองหากมีอาการผิดปกติหรืออาการที่ต้องรีบไปพบแพทย์เพื่อเข้ารับการดูแลรักษาได้ทันที นอกจากนี้สามีหรือญาติควรมีส่วนร่วมในการรับความรู้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์และลดความวิตกกังวล

การวัดคุณภาพ

- **ด้านโครงสร้าง**
    1. *มีสถานที่สำหรับให้ข้อมูล*
    2. *มีสื่อประกอบการให้ข้อมูล เช่น แผ่นพับ วิดิทัศน์ ภาพพลิก เป็นต้น*
    3. *มีบุคลากรสำหรับให้ข้อมูล*

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านกระบวนการ**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
โดยคำนวณได้จาก
ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในหน่วยบริการสุขภาพที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในหน่วยบริการสุขภาพ
แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านผลลัพธ์**

1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเข้าใจต่อข้อมูลที่ได้รับ

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเข้าใจต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ตัวหาร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกเปิดมากกว่า 2 เซนติเมตรเมื่อมาถึงห้องคลอด

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกเปิดมากกว่า 2 เซนติเมตรเมื่อมาถึงห้องคลอด

ตัวหาร คือ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาห้องคลอด

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไป

ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ

- หน่วยบริการสุขภาพควรเตรียมสถานที่ สื่อประกอบ และบุคลากรสำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เป็นลายลักษณ์อักษร
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (เช่น พยาบาลและแพทย์) เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย

กลุ่มผู้รับบริการ

หญิงตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

แหล่งที่มาของคำแนะนำ

- NICE guideline NG25. Preterm labour and birth. (2015) [3]

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- อาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่
  - ปวดเกร็งท้องคล้ายปวดประจำเดือน [3]
  - ปวดบริเวณต้นขาหรือหลัง ช่วงล่าง อย่างสม่ำเสมอ [3]
  - ปวดหน่วงในอุ้งเชิงกรานหรือรู้สึกคล้ายกับทารกดันลงมา [3]
  - มีสารคัดหลั่งออกจากช่องคลอด อาจเป็นมูก มูกปนเลือด เลือด หรือน้ำคร่ำ [3]
  - มดลูกหดรัดตัวแรงและถี่มากขึ้นมากกว่า 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมงหรือทุก 15 นาที [4]
- ข้อมูลที่หญิงตั้งครรภ์ควรจะได้รับจากผู้ให้บริการ ได้แก่ อาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

- หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการประเมินเกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงทุกครั้งที่มารับบริการ ซึ่งอาจทำเป็นรายการ (check-list) ให้เลือกตอบระหว่างรอรับบริการ

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค

หญิงตั้งครรภ์ควรเข้าถึงข้อมูลได้ทุกราย หากหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม รวมทั้งจัดทำสื่อให้เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. พัชรพร รัตนสงคราม. ประเด็นสำคัญในการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2556;21(7).

2. เสาวลักษณ์ ชมภูหลง และ สุวัลยา ศรีรักษา. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556;31(2):151-64.

3. National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour and birth (QS135). London; 2016.

4. ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2550;25(2):1-12.

บทที่ 5
การศึกษาความเป็นไปได้และผลกระทบงบประมาณของการใช้มาตรฐานคุณภาพเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพัฒนาคุณภาพการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

5.1. ที่มาและความสำคัญ

การศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้มาตรฐานคุณภาพเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพัฒนาคุณภาพการให้บริการก่อนการนำไปใช้จริงเป็นขั้นตอนสำคัญขั้นตอนหนึ่งในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการยอมรับ การเห็นประโยชน์ และความเหมาะสมของมาตรฐานคุณภาพ รวมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงข้อความคุณภาพและการวัดคุณภาพเพื่อให้สามารถดำเนินการได้จริง นอกจากนี้ควรมีการประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ กล่าวคือ การประมาณภาระด้านการเงินการคลังที่จะเกิดขึ้นหากนำมาตรฐานคุณภาพไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญและเป็นที่ต้องการของผู้กำหนดนโยบาย โดยจะนำไปเปรียบเทียบกับความสามารถในการจ่ายของภาครัฐ นอกจากนี้ ผู้กำหนดนโยบาย อาทิ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถนำผลการประเมินไปประกอบการพิจารณาจัดทำแนวทางและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำมาตรฐานคุณภาพไปสู่การปฏิบัติ และการออกแบบโครงการนำร่อง

5.2. วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

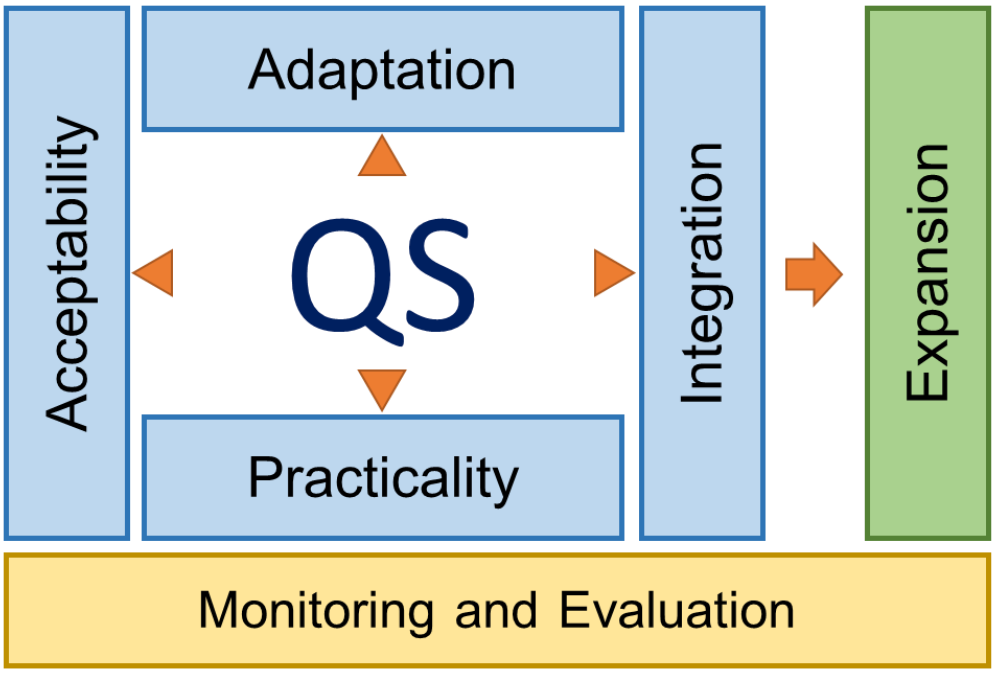
1. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้มาตรฐานคุณภาพในระบบสุขภาพของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาภาระงานและผลกระทบงบประมาณที่เกิดจากการใช้มาตรฐานคุณภาพ
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกลไกในการขับเคลื่อนมาตรฐานให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ รวมทั้งการเสริมพลังเรื่องประโยชน์ของมาตรฐานคุณภาพแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.3. ระเบียบวิธีการศึกษาความเป็นไปได้

5.3.1. กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษานี้ได้กำหนดกรอบแนวคิด ซึ่งประยุกต์จาก Bowen และคณะ [1] ซึ่งเสนอแนะกรอบแนวคิดสำหรับศึกษาความเป็นไปได้ (feasibility study) ทีมสนับสนุนด้านวิชาการได้นำมาปรับให้เหมาะสมโดยพิจารณาประเด็นดังนี้ (1) การดัดแปลงหรือปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบท (adaptation) เป็นการศึกษาข้อคิดเห็นเพื่อดัดแปลงหรือการปรับเปลี่ยนเนื้อหา รูปแบบและการสื่อสารมาตรฐานคุณภาพให้มีความเหมาะสมต่อผู้ให้บริการสุขภาพและบริบทของประเทศไทย (2) การยอมรับ (acceptability) เป็นศึกษาการยอมรับและเห็นประโยชน์ของการใช้มาตรฐานคุณภาพในระบบสุขภาพไทยทั้งในมุมมองของผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการสุขภาพ และผู้ป่วย (3) การนำไปปฏิบัติ (practicality) เป็นการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำมาตรฐานคุณภาพไปใช้จริง (4) การบูรณาการ (integration) เป็นการศึกษาความเป็นไปได้ที่จะบูรณาการมาตฐานคุณภาพร่วมกับมาตรการอื่น ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน (5) การขยายขอบเขต (expansion) เป็นการศึกษา

ประเด็นหรือหัวข้อที่น่าสนใจสำหรับการพัฒนามาตรฐานคุณภาพในอนาคต และ (6) เพิ่มเติมประเด็นการติดตามและการประเมินผล (monitoring and evaluation) เป็นการศึกษาข้อคิดเห็นต่อการติดตามและประเมินผลของมาตรฐานคุณภาพกรณีที่มีการนำไปใช้จริงในระบบสุขภาพไทย ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 กรอบแนวคิดการศึกษา

5.3.2. พื้นที่ศึกษา

ทีมสนับสนุนด้านวิชาการคัดเลือกพื้นที่ศึกษาโดยอ้างอิงข้อมูลตามเกณฑ์การแบ่งภาคของกรมการปกครอง ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ในแต่ละภาคเลือกจังหวัดแบบเจาะจง (purposive sampling) ภาคละ 1 จังหวัด โดยพิจารณาผลงานบริการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง ตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2559 เพื่อเลือกพื้นที่ที่มีผลงานให้บริการฝากครรภ์ครอบคลุมแตกต่างกัน จากนั้นทีมสนับสนุนด้านวิชาการทำการคัดเลือกพื้นที่ศึกษาในจังหวัดข้างต้น ด้วยการเลือกแบบเจาะจง 2 กลุ่ม คือ 1) โรงพยาบาลประจำจังหวัด (โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)) จำนวน 1 โรงพยาบาล และ 2) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) จำนวน 1 โรงพยาบาล 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดของโรงพยาบาลชุมชนที่ถูกเลือก 1 แห่ง โดยกำหนดให้ระดับโรงพยาบาลครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 พื้นที่การศึกษาความเป็นไปได้และผลกระทบงบประมาณ

เขต	จังหวัด	ประเภท รพ.	ระดับ รพ.
1	ก	รพท.	S: Standard-Level referral hospital
		รพช.	F: First level referral hospital
		รพ.สต.	รพ.สต.
10	ข	รพศ.	A: Advance-level referral hospital
		รพช.	M: Mid-level referral hospital
		รพ.สต.	รพ.สต.
6	ค	รพท.	A: Advance-level referral hospital
		รพช.	M: Mid-level referral hospital
		รพ.สต.	ศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายบริการโรงพยาบาลชุมชน
11	ง	รพท.	S: Standard-Level referral hospital
		รพช.	F: First level referral hospital
		รพ.สต.	รพ.สต.

5.3.3. ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาความเป็นไปได้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (**Error! Reference source not found.**) ได้แก่

1. ผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการด้านการฝากครรภ์ จากส่วนกลาง สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย และ สปสช. จำนวน 9 ท่าน
2. ผู้ให้ข้อมูลในระดับพื้นที่ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้
   2.1. กลุ่มผู้บริหารในระดับพื้นที่ คือ บุคลากรที่รับผิดชอบหรือได้รับมอบหมายให้กำหนดนโยบายและกำกับดูแลนโยบายหรือโครงการระดับเขตสุขภาพ จำนวน 4 ท่าน
   2.2. กลุ่มผู้บริหารในระดับพื้นที่ คือ บุคลากรที่รับผิดชอบหรือได้รับมอบหมายให้กำหนดนโยบายและกำกับดูแลนโยบายหรือโครงการระดับจังหวัด ได้แก่ นายแพทย์และรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 14 ท่าน
   2.3. กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับบริการฝากครรภ์ ได้แก่ แพทย์สูติแพทย์ จำนวน 12 ท่าน และพยาบาลผดุงครรภ์ จำนวน 26 ท่าน
3. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 14 ท่าน

ตารางที่ 13 รายละเอียดจำนวนผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามหน่วยงานและจังหวัด

ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)				
	จังหวัด ก	จังหวัด ข	จังหวัด ค	จังหวัด ง	รวม
คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ระดับเขต	1			1	2
รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัย		1		1	2
นายแพทย์และรองนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	2	2	2	2	8
ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการโรงพยาบาล	2		1	1	4
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1			1	2
สูติแพทย์	4	4	2	2	12
พยาบาล	8	8	6	4	26
หญิงตั้งครรภ์	6	5	1	2	14
รวม	**24**	**20**	**12**	**14**	**70**

5.3.4. วิธีการเก็บข้อมูล

การศึกษาความเป็นไปได้ใช้การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2561) ทีมสนับสนุนด้านวิชาการเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยกำหนดแนวคำถามไว้ล่วงหน้า ซึ่งเป็นประเด็นคำถามตามกรอบแนวคิดการศึกษา ได้แก่ ประโยชน์ ผลเสีย และความน่าเชื่อถือของมาตรฐานคุณภาพ การใช้มาตรฐานคุณภาพในระบบสุขภาพของประเทศไทย รวมทั้งข้อเสนอแนะต่อมาตรฐานคุณภาพและการนำมาตรฐานคุณภาพมาใช้ในระบบสุขภาพของประเทศไทย (ภาคผนวกที่ 3) ทีมผู้สัมภาษณ์บันทึกเสียงการสัมภาษณ์และการสนทนาโดยใช้เครื่องบันทึกเสียง และเก็บเป็นไฟล์เสียงในรูปแบบ MP3 โดยได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทางลายลักษณ์อักษร

5.3.5. วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

ทีมสนับสนุนด้านวิชาการใช้กรอบแนวคิดเป็นกรอบในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาแปลงเป็นลายลักษณ์อักษร (verbatim) จากนั้นจึงใช้วิธีวิเคราะห์แบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยเริ่มจากการจัดระบบและจำแนกเนื้อหาตามกลุ่ม เช่น จำแนกเนื้อหาตามกรอบแนวคิด จำแนกตามบริบทของพื้นที่ศึกษา และจำแนกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จากนั้นทีมสนับสนุนด้านวิชาการนำข้อวิเคราะห์เบื้องต้นมาตรวจสอบระหว่างกันเพื่อหาข้อค้นพบที่มีความชัดเจน และนำไปสู่ข้อสรุปของทีมสนับสนุนด้านวิชาการต่อไป

5.4. ระเบียบวิธีการศึกษาผลกระทบงบประมาณ

5.4.1. พื้นที่ศึกษา

การศึกษาผลกระทบด้านงบประมาณศึกษาในพื้นที่เดียวกับการศึกษาความเป็นไปได้ รายละเอียดดังตารางที่ 12

5.4.2. ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลด้านภาระงานและงบประมาณเพื่อการวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณหากมีการนำมาตรฐานคุณภาพมาใช้ในระบบสุขภาพไทยคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับบริการฝากครรภ์ในแต่ละพื้นที่แห่งละ 1 คน แบ่งได้เป็น รพศ./รพท. จำนวน 4 แห่ง รพช. จำนวน 3 แห่ง และ รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง รวมพยาบาลที่ให้ข้อมูลเป็น 9 คน

5.4.3. วิธีการเก็บข้อมูล

การศึกษาภาระงบประมาณเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับบริการฝากครรภ์ในแต่ละพื้นที่ (เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2561) ทีมสนับสนุนด้านวิชาการเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม (ภาคผนวกที่ 4) เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนบริการสุขภาพ (health care cost analysis) โดยการสอบถามถึงทรัพยากรทั้งหมดและเวลาที่ต้องใช้ในการปฏิบัติงานต่อ 1 บริการเพื่อหาต้นทุนที่ใช้ไปในการให้บริการนั้น ๆ และวิเคราะห์ต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการ (provider perspective) ซึ่งในมุมมองนี้ ต้นทุนที่เกิดขึ้นจะพิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการแก่ผู้ป่วย เช่น ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ค่ารักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการให้คำปรึกษา ค่าออกหน่วย และค่าแรงของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น รวมทั้งวิเคราะห์ต้นทุนในมุมมองของผู้จ่ายเงิน (payer perspective) ซึ่งหมายถึง ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต้องจ่ายคืนสถานพยาบาลเพื่อทดแทนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย จากนั้นนำต้นทุนต่อหน่วยของแต่ละบริการมาประมาณการเป็นภาระงบประมาณที่คาดว่าจะต้องใช้ในระดับประเทศ

5.4.4. วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนบริการสุขภาพใช้แนวคิดต้นทุนทางบัญชี (accounting cost or financial cost) ทีมสนับสนุนด้านวิชาการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนที่ต้องใช้ในการให้บริการต่อหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย (นับตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์จนกระทั่งคลอด) ซึ่งประกอบด้วย

1. ค่าแรง (Labour cost: LC) คำนวณจากเวลาของบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการต่อครั้งและค่าแรงเฉลี่ยของบุคลากรสาธารณสุข (หน่วย: บาทต่อนาที) รวมถึงเวลาการให้คำปรึกษา และการบันทึกข้อมูล
2. ค่าวัสดุ (Material cost: MC) คำนวณจากค่ายา ค่าวัสดุและค่าเวชภัณฑ์ต่าง ๆรวมถึงค่าบริการทางห้องปฏิบัติการณ์
3. ค่าลงทุน (Capital cost: CC) จากการใช้ครุภัณฑ์ในการให้บริการและค่าตกแต่งปรับปรุงอาคาร (ถ้ามี)

ทั้งนี้ ในการประมาณค่าต้นทุนใช้วิธีแยกองค์ประกอบต้นทุนเป็นส่วน ๆ (ingredients-based costing method) และปรับต้นทุนเป็นมูลค่าในปีที่วิเคราะห์ คือ ปี 2560 ด้วยดัชนีราคาผู้บริโภค (Consumer price index: CPI) [2] หมวดคารักษาพยาบาลทางการแพทย์ของสำนักดัชนีเศรษฐกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ รายละเอียดข้อมูลด้านต้นทุนต่อหน่วยได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ ค่าแรงเฉลี่ยบุคลากรสาธารณสุขต่อคนต่อปีของประเทศไทย [3] อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2560 [4] รายการต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศไทย [5] ข้อมูลราคายาอ้างอิงจัดซื้อปกติของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข (Drug And Medical Supply Information Center: DMSIC) [6] รายได้ประชาชาติของประเทศไทย [7] และข้อมูลอัตราส่วนต้นทุน-ราคาเรียกเก็บ (Ratio of Cost to Charge : RCC) ในกรณีที่ต้องปรับค่าบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บจากผู้ป่วย (charge) เป็นต้นทุน [5] จากนั้นนำต้นทุนต่อหน่วยขององค์ประกอบนั้น ๆ คูณด้วยปริมาณการใช้บริการซึ่งสามารถคำนวณได้เป็นต้นทุนเฉลี่ยต่อหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย เมื่อนำมาคูณด้วยจำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั่วประเทศ ซึ่งกำหนดให้สัดส่วนการใช้บริการขึ้นกับสัดส่วนของจำนวนรพศ./รพท. และรพช. ซึ่งมีค่าเท่ากับร้อยละ 13 และ 87 (116 แห่ง และ 774 แห่ง ตามลำดับ) [8] จะได้ผลลัพธ์เป็นภาระงบประมาณเฉลี่ยที่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติอาจต้องพิจารณาจัดเตรียมเพื่อส่งเสริมบริการด้านสุขภาพดังกล่าวให้เกิดคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งนี้ การศึกษานี้ ใช้แนวคิดวิเคราะห์ค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง โดยกำหนดให้ต้นทุนครุภัณฑ์การแพทย์มีค่าเสื่อมราคาเท่ากับต้นทุนปีปัจจุบันหารด้วยอายุการใช้งาน (useful year) [8] และกำหนดข้อสมมติฐานสำหรับการวิเคราะห์ต้นทุนตามข้อจำกัดของข้อมูลซึ่งไม่สามารถเก็บจากสถานบริการนั้น ๆ ดังนี้ (1) ครุภัณฑ์การแพทย์ที่ไม่สามารถระบุปีที่ได้รับไว้ใช้งานหรือปีที่เริ่มใช้งาน จะนำข้อมูลต้นทุนประกาศราคากลางของโรงพยาบาล ปี 2560 แต่หากครุภัณฑ์ใดมีอายุมากกว่าอายุการใช้งานถือว่าไม่มีค่าเสื่อม (2) ในกรณีที่ครุภัณฑ์ใดมีการกำหนดอัตราค่าบริการทางการแพทย์ไว้ในรายการต้นทุนมาตรฐานฯ จะใช้อัตราค่าบริการ (ปรับเป็นต้นทุนด้วย RCC) แทนการคิดค่าลงทุน เช่น เครื่อง Non-Stress Test (NST) สำหรับใช้ตรวจสุขภาพทารก เป็นต้น (3) ในกรณีที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่สามารถให้ข้อมูลการให้บริการแยกเป็นมาตรฐานคุณภาพแต่ละเรื่องหรือแต่ละข้อได้จะใช้การเฉลี่ยในทั้ง 3 มาตรฐานคุณภาพ การวิเคราะห์ต้นทุนต่อ 1 หน่วยบริการและภาระงบประมาณ ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย

ประเภทต้นทุน	รายละเอียดการวิเคราะห์
1. ต้นทุนค่าแรง[a] (หน่วย: บาท/ราย)	LC = ค่าแรงเฉลี่ยต่อนาที (หน่วย: บาท/นาที) X เวลาที่ใช้ในการให้บริการนั้น ๆ ต่อการให้บริการ 1 ราย (หน่วย: นาที/ราย)
2. ต้นทุนค่าวัสดุ[a] (หน่วย: บาท/ราย)	MC = ต้นทุนค่าวัสดุ/ค่าบริการทางห้องปฏิบัติการณ์รวมต่อครั้ง (หน่วย: บาท/ครั้ง) X จำนวนครั้งที่ต้องให้บริการต่อ 1 ราย (หน่วย: ครั้ง/ราย)
3. ต้นทุนค่าลงทุน[a] (หน่วย: บาท/ราย)	CC = ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ + ค่าตกแต่งปรับปรุงอาคาร (ถ้ามี) ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ = ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ (หน่วย: บาท/นาที) X เวลาที่ใช้ในการให้บริการต่อครั้ง (หน่วย: นาที/ครั้ง) X จำนวนครั้งการให้บริการต่อ 1 ราย (หน่วย: ครั้ง/ราย)

ประเภทต้นทุน	รายละเอียดการวิเคราะห์
	2. ค่าตกแต่งปรับปรุงอาคาร[b] = ค่าเสื่อมราคา (หน่วย: บาท/ปี) X เวลาที่ใช้ในการให้บริการต่อครั้ง (หน่วย: นาที/ครั้ง) X จำนวนครั้งการให้บริการต่อ 1 ราย (หน่วย: ครั้ง/ราย)
4. ต้นทุนเฉลี่ยต่อหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย[a] (หน่วย: บาท/ราย)	ต้นทุนเฉลี่ยต่อหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย ที่เข้ารับบริการในรพศ./รพท. = average ($LC_{รพศ./รพท.}$ + $MC_{รพศ./รพท.}$ + $CC_{รพศ./รพท.}$) ต้นทุนเฉลี่ยต่อหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย ที่เข้ารับบริการในรพช. = average ($LC_{รพช.}$ + $MC_{รพช.}$ + $CC_{รพช.}$)
5. หญิงตั้งครรภ์ทั่วประเทศที่เข้ารับบริการแบ่งตามระดับของสถานบริการ (หน่วย: ราย)	= จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั่วประเทศ X สัดส่วนการใช้บริการ[c]
6. ภาระงบประมาณ	= ต้นทุนเฉลี่ยต่อหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย (ตามระดับสถานพยาบาล) X จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั่วประเทศ (adjusted ด้วยสัดส่วนการใช้บริการในแต่ละระดับของสถานบริการ)

[a] แยกตามรายสถานบริการและระดับของสถานพยาบาล

[b] ปรับด้วยสัดส่วนพื้นที่ตามที่หน่วยงานรับผิดชอบหรือใช้งาน

[c] สัดส่วนการใช้บริการ กำหนดให้เท่ากับสัดส่วนของจำนวน รพศ. หรือรพท. ซึ่งมีค่าเท่ากับร้อยละ 13 และสัดส่วนของจำนวนรพช. ซึ่งมีค่าเท่ากับร้อยละ 87

5.5. การประกันคุณภาพของการศึกษา

ทีมสนับสนุนด้านวิชาการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ จนมั่นใจว่าเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ และนำเสนอผลการวิจัยเบื้องต้นในการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับโครงการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 เวลา 13.00 น.-16.30 น. โดยมีผู้เข้าประชุม จำนวนทั้งสิ้น 18 ท่าน (ภาคผนวกที่ 5) จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุมมาพิจารณาประกอบการแก้ไขปรับปรุงรายงาน เพื่อจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

5.6. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษา

โครงการนี้ได้รับการอนุมัติเพื่อดำเนินโครงการฯ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ สคม.192/2561 ก่อนการสัมภาษณ์ ทีมสนับสนุนด้านวิชาการได้อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโครงการฯ สิทธิของอาสาสมัครในการเข้าร่วมโครงการฯ สิทธิในการไม่ตอบคำถามหากรู้สึกไม่สบายใจ และการรักษาความลับของข้อมูล หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความยินยอมในการให้ข้อมูลด้วยการลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการฯ ทีมสนับสนุนด้านวิชาการจะปกปิด ชื่อ-นามสกุลของผู้ให้ข้อมูล และไม่นำเสนอข้อมูลในรายงานในลักษณะที่ทำให้เชื่อมโยงว่าใครเป็นผู้ให้ข้อมูลแต่ละ

เรื่อง นอกจากนี้จะเก็บรักษาคำให้สัมภาษณ์ที่แปลงเป็นลายลักษณ์อักษรไว้เป็นเวลา 5 ปี เพื่อให้สามารถนำมาตรวจสอบได้ในกรณีที่จำเป็น

5.7. ผลการศึกษาความเป็นไปได้

ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอผลการศึกษาความเป็นไปได้ตามกรอบแนวคิดซึ่งประกอบด้วย 1) การดัดแปลงหรือปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบท ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุม คำนิยามของมาตรฐานคุณภาพ เนื้อหาของมาตรฐานคุณภาพ และรูปแบบและการสื่อสารมาตรฐานคุณภาพ 2) การยอมรับประกอบด้วยประโยชน์ของมาตรฐานคุณภาพ ข้อพึงระวังของมาตรฐานคุณภาพ และความน่าเชื่อถือของมาตรฐานคุณภาพ 3) การนำมาตรฐานคุณภาพไปใช้ 4) การบูรณาการมาตรฐานคุณภาพกับมาตรการปรับปรุงคุณภาพบริการอื่น ๆ 5) การกำกับติดตามการดำเนินงานและการประเมินผลของมาตรฐานคุณภาพ และ 6) ประเด็นเพิ่มเติมสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพในอนาคต

5.7.1. การดัดแปลงหรือปรับเปลี่ยน

คำนิยามของมาตรฐานคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่าคำนิยามของมาตรฐานคุณภาพยังไม่ชัดเจน และไม่แน่ใจว่ามาตรฐานคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่ออะไร เพราะหากตีความตามชื่อ “มาตรฐานคุณภาพ” หมายถึง ข้อกำหนดสำหรับการดำเนินงานที่สถานพยาบาลทั่วประเทศต้องปฏิบัติตามอย่างไม่มีเงื่อนไข หากสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามอาจมีบทลงโทษ ซึ่งจะกระทบต่อความน่าเชื่อถือของสถานพยาบาล และประชาชนอาจใช้มาตรฐานนี้เป็นสิ่งอ้างอิงเพื่อฟ้องร้องสถานพยาบาลได้ นอกจากนี้คำว่า “มาตรฐาน” และ “คุณภาพ” อาจมีความหมายสองส่วนแยกกัน อนึ่ง การแปล Quality Standard มาเป็นมาตรฐานคุณภาพอาจไม่ใช่คำแปลที่เหมาะสม เพราะมาตรฐานคุณภาพเป็นข้อแนะนำสำหรับปรับปรุงคุณภาพบริการที่มีปัญหาด้านคุณภาพ ข้อความคุณภาพเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นลำดับขั้นตอน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมองว่ามีความคล้ายคลึงอย่างมากกับแนวทางเวชปฏิบัติ ทั้งนี้ มาตรฐานคุณภาพเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้เกิดการใช้งานแนวทางเวชปฏิบัติมากขึ้น โดยนำข้อแนะนำจากแนวทางเวชปฏิบัติมาย่อยให้เข้าใจง่าย กระชับ และจัดทำในรูปแบบที่ใช้งานได้ง่าย โดยมาตรฐานคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อเน้นย้ำให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบว่าควรให้บริการอย่างไรเพื่อแก้ปัญหาบริการที่ควรปรับปรุงในประเด็นด้านคุณภาพ

“แต่เวลาที่เราบอกว่ามันเป็น quality standard เนี๊ยะ...หมอเลยเข้าใจว่า standard มันก็เป็นขั้นต่ำอยู่แล้วนี่นา มันมีมาตรฐานของ standard อีกหรอ เนี๊ยะมันทำให้เข้าใจยาก แล้วเวลาเราแปลเป็นไทยนี่ยิ่งทำให้งงอีก...ซึ่งจริง ๆ ถ้าถามผม ผมคิดว่ามันควรจะต้องเป็น Quality ของการฝากครรภ์...ฝากครรภ์คุณภาพ แต่ไม่ใช่มาตรฐานคุณภาพไง แต่ประเด็นคือถ้าเค้าทำตามมาตรฐานแล้วได้คุณภาพหรือเปล่ายกเว้นว่าจะไปเพิ่มว่ามันเหนือกว่ามาตรฐานเดิม มีมาตรฐานเดิมทำแบบนี้แต่เราคิดว่าถ้าเราทำแบบนี้เพิ่มเข้าไปมันจะได้คุณภาพที่ดีขึ้นอย่างนี้อาจจะฟังแล้วดีขึ้น แต่ว่าก็ต้องมีให้เห็นว่า activity อะไรที่จะเพิ่มเข้าไปนอกจากมาตรฐานเดิม” [ผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ 6]

“ครับก็คือพูดจริง ๆ นะครับตอนที่ผมมาประชุมคราวก่อนตอนนั้นก็ยังค่อนข้างที่จะคลุมเครือเหมือนกันว่า QS มันคืออะไรนะครับแล้วก็แปลเป็นไทยเนี่ยพอมันเป็นมาตรฐานปั๊บเนี่ยมันก็อย่างว่าแหละอะไรที่เป็นมาตรฐานปั๊บเนี่ยมันก็จะมีเรื่องของกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยแล้วคนก็จะยึดเป็น standard เลยว่าไม่ยึดตามมาตรฐานนะ มีการฟ้องร้องกันก็จะเกิดขึ้นนะครับ” [ผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ 8]

เนื้อหาของมาตรฐานคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเนื้อหาของข้อความมาตรฐานคุณภาพ โดยแบ่งเป็น 1) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อความคุณภาพ 2) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับตัวชี้วัด 3) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนิยามศัพท์ และ 4) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

<u>ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อความคุณภาพ</u>

1. มาตรฐานคุณภาพการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

   ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อความคุณภาพของการป้องกันการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดดังนี้

   1.1. ข้อความคุณภาพที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแก่หญิงตั้งครรภ์ ทีมสนับสนุนด้านวิชาการควรเพิ่มข้อความเกี่ยวกับระยะเวลาของการให้ข้อมูลโดยเพิ่มข้อความว่า ควรให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์หลังจากอายุครรภ์ $20^{0/7}$ สัปดาห์ เนื่องจากอาการและอาการแสดงที่เกิดก่อนอายุครรภ์ $20^{0/7}$ สัปดาห์เป็นอาการของภาวะแท้งไม่ใช่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

   1.2. ข้อความคุณภาพที่ 5 การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในส่วนของหลักการและเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) สำหรับให้การดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ทีมสนับสนุนด้านวิชาการควรเปลี่ยนข้อความเป็นน้ำหนักน้อยกว่า 2,100 กรัมเนื่องจากทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักระหว่าง 2,100-2,500 กรัมไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลในห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตเสมอไป นอกจากนี้ในส่วนของข้อความคุณภาพ ข้อความ “หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ และคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ ภายใน 24 ชั่วโมง” ทีมสนับสนุนด้านวิชาการควรเปลี่ยนระยะเวลาที่คาดว่าจะมีการคลอด จากภายในระยะเวลา 7 วันเป็นภายใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่คาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วันจะเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้ป่วย และการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่คาดว่าจะคลอดภายใน 24 ชั่วโมงน่าจะปลอดภัยต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด

2. มาตรฐานคุณภาพการป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ

   2.1. ข้อความคุณภาพที่ 4 การป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรแก้ไขระยะเวลาการให้ยาแอสไพรินในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ โดย

แก้ไขจากการให้ยาแอสไพรินจนกระทั่งคลอดเป็นให้ยาจนถึงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ เนื่องจากหากหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์เกิน 34 สัปดาห์และมีความจำเป็นต้องคลอดทารกเนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษ ทารกแรกเกิดที่คลอดหลังจากอายุครรภ์นี้จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อย และการให้ยาแอสไพรินยังมีข้อควรระวังเรื่องยามีผลต่อการทำงานของเกล็ดเลือด ซึ่งอาจจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดหยุดยาก หากจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด

<u>ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับตัวชี้วัด</u>

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับตัวชี้วัดของมาตรฐานคุณภาพดังต่อไปนี้

1. ตัวชี้วัดทางด้านโครงสร้าง

เรื่องสถานที่ในการให้ข้อมูลและประเมินความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ ทีมสนับสนุนด้านวิชาการควรเพิ่มคำอธิบายว่าสามารถใช้สถานที่เดิมที่มีอยู่ในปัจจุบันได้ และไม่จำเป็นต้องจัดหาสถานที่ใหม่เพื่อการให้ข้อมูลและประเมินความเสี่ยงโดยเฉพาะ นอกจากนี้ข้อความคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะครรภ์เป็นพิษ ทีมสนับสนุนด้านวิชาการควรเพิ่มการมี checklist ที่ใช้ประเมินความเสี่ยงอยู่ในตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง

2. ตัวชี้วัดทางด้านผลลัพธ์

ข้อความคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลและความรู้เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะครรภ์เป็นพิษมีตัวชี้วัดทางด้านผลลัพธ์เป็นการวัดความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่าการวัดความเข้าใจอาจจะทำได้ยาก บางครั้งหญิงตั้งครรภ์อาจจะตอบว่าเข้าใจ แต่ความจริงแล้วไม่ได้เข้าใจอย่างแท้จริง นอกจากนี้ถ้าจะมีการใช้ตัวชี้วัดนี้จริง ๆ ควรจะมีแบบสอบถามการวัดความเข้าใจที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทุกสถานพยาบาล

3. ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ของมาตรฐานคุณภาพการป้องกันการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด

3.1. ข้อความคุณภาพที่ 1 ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ตัวที่ 2 ส่วนที่เป็นตัวตั้งคือ “ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกเปิดมากกว่า 2 เซนติเมตรเมื่อมาถึงห้องคลอด” ทีมสนับสนุนด้านวิชาการควรแก้ไขเป็น “ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ที่ปากมดลูกเปิดมากกว่า 2 เซนติเมตรเมื่อมาถึงห้องคลอด” เนื่องจากเป็นการชี้เฉพาะเจาะจงลงไปว่าวัดเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่านั้น

3.2. ข้อความคุณภาพที่ 5 ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ “ร้อยละของทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่เสียชีวิตหลังจากได้รับการดูแลในห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ” ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะว่าตัวชี้วัดนี้อาจจะไม่เหมาะสมที่จะใช้วัดคุณภาพการบริการเกี่ยวกับการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องสาเหตุของการเสียชีวิตของทารกมีได้หลายสาเหตุซึ่งอาจจะไม่ได้มาจากคุณภาพของการส่งต่อที่ไม่ดี

<u>ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนิยามศัพท์</u>

1. มาตรฐานคุณภาพการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคำนิยามความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยทีมสนับสนุนด้านวิชาการควรจะเพิ่มประวัติการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในคำนิยาม และควรจะขยายความเรื่องภาวะน้ำหนักน้อยก่อนการตั้งครรภ์ว่ามีเกณฑ์อะไรที่ใช้กำหนดภาวะน้ำหนักตัวน้อย แต่จากการประชุม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับผลการศึกษาเบื้องต้น ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอแนะว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญมีเพียงปัจจัยเดียวคือ ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน ดังนั้นที่ประชุมจึงมีมติให้ตัดความเสี่ยงข้ออื่น ๆ ออก คงเหลือแค่ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน นอกจากนี้คำนิยามเกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เกี่ยวกับมดลูกหดรัดตัว ควรแก้ไขจากมดลูกหดรัดตัวทุก 15 นาทีเป็น 10 นาทีเนื่องจากการที่มดลูกหดรัดตัวทุก 15 นาทีอาจจะเป็น false labour pain ได้

2. มาตรฐานคุณภาพการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคำนิยามความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดว่าควรจะให้คำนิยามที่ชัดเจนเกี่ยวกับเกณฑ์การวัดภาวะอ้วน แต่จากการประชุม steering committee เกี่ยวกับผลการศึกษาเบื้องต้น ที่ประชุมได้มีมติให้ตัดข้อความคุณภาพที่เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดออก เนื่องจากการประเมินในช่วงการฝากครรภ์ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้จริง ความสำคัญของการป้องกันภาวะการตกเลือดหลังคลอดอยู่ที่การประเมินและการจัดการในช่วง third stage of labour มากกว่าการประเมินความเสี่ยงระหว่างที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการให้ยาเสริมธาตุเหล็กชนิดรับประทานในการรักษาภาวะโลหิตจางที่อาจจะมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็กว่า ควรระบุให้ชัดเจนเกี่ยวกับชนิดของยาเสริมธาตุเหล็กว่าเป็น elemental หรือ ferrous fumarate เพื่อให้เกิดความชัดเจนแก่ผู้ให้บริการมากขึ้น

<u>ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค</u>

ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าการจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมเป็นผู้ให้ข้อมูลและประเมินความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย จิตใจหรือสติปัญญา อาจจะเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ เนื่องจากอาจจะจัดหาบุคลากรที่เหมาะสมยาก ดังนั้นจึงควรให้ข้อมูลหรือประเมินความเสี่ยงจากญาติหรือผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์แทนมากกว่า

รูปแบบและการสื่อสารมาตรฐานคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่ารูปแบบของมาตรฐานคุณภาพในลักษณะรูปเล่มที่ทีมสนับสนุนด้านวิชาการจัดทำขึ้นยังไม่เหมาะสมสำหรับนำมาใช้งานจริง เนื่องจากมีข้อมูลมากเกินไป เนื้อหาบางส่วนไม่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการบางระดับ เช่น การให้ยา corticosteroid เป็นข้อแนะนำสำหรับสถานพยาบาลที่มีสูติแพทย์เท่านั้น แต่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิไม่สามารถให้บริการตามข้อความคุณภาพนี้ได้ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้แยกเนื้อหาคนละเล่มให้เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละระดับของสถานพยาบาล กล่าวคือ มาตรฐานคุณภาพสำหรับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิควรจะเน้นข้อความคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิเท่านั้น เช่น การให้ข้อมูล การคัดกรองความเสี่ยง การส่งต่อ เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะว่าการวางนิยามศัพท์ไว้ท้าย

มาตรฐานคุณภาพแต่ละเรื่องอาจทำให้ผู้ให้บริการหาข้อมูลไม่เจอ หรือไม่ได้ให้ความสำคัญกับนิยามศัพท์ทั้งที่นิยามศัพท์มีความสำคัญเพราะเป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าต้องให้บริการอย่างไร นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนะรูปแบบที่เหมาะสมของมาตรฐานคุณภาพ ดังนี้ 1) จัดทำแผนผังการให้บริการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพแต่ละเรื่อง โดยใช้ข้อความที่สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย เพื่อใช้ติดประกาศไว้ที่โรงพยาบาลสำหรับเป็นแนวทางการดำเนินงานให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง 2) นำข้อความคุณภาพมาแปลงเป็นอินโฟกราฟิกที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ โดยติดประกาศไว้ในห้องทำงานของผู้ให้บริการเพื่อเป็นสิ่งเตือนผู้ให้บริการว่าหากเจอหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทั้ง 3 จะต้องให้บริการอย่างไร 3) จัดทำแบบฟอร์มตรวจสอบขั้นตอนการให้บริการ (checklist) เพื่อให้ผู้ให้บริการใช้ตรวจสอบการทำงานของตนว่าครบถ้วน เหมาะสมหรือไม่ 4) นำข้อความคุณภาพมาจัดทำเป็นโปสเตอร์ โดยติดไว้ในห้องรอตรวจ เพื่อให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทั้ง 3 เรื่อง รวมทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาดังกล่าวและบริการที่ควรได้รับ 5) จัดทำแผ่นพับเพื่อให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทั้ง 3 เรื่อง รวมทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาดังกล่าวและบริการที่ควรได้รับ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์นำติดตัวกลับบ้าน 6) เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับข้อความคุณภาพทางสื่อออนไลน์ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปทราบว่าหากเกิดภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ควรปฏิบัติตนอย่างไร

ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่าการสื่อสารที่ดีเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การนำมาตรฐานคุณภาพไปสู่การปฏิบัติประสบผลสำเร็จ โดยผู้ให้บริการให้ความเห็นว่าควรสื่อสารให้ชัดเจนว่ามาตรฐานคุณภาพคืออะไร แตกต่างจากมาตรการที่มีอยู่เดิมอย่างไร มีวัตถุประสงค์อย่างไร หากสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพจะเกิดอะไรขึ้น และหากปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพจะได้อะไร ตัวอย่างของการสื่อสารที่เสนอแนะโดยผู้ให้ข้อมูล คือ การสื่อสารที่เน้นให้เห็นว่าผู้ให้บริการมีหน้าที่ให้บริการที่มีคุณภาพเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกจากภาวะคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์เป็นพิษ และการตกเลือดหลังคลอดซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ โดยมาตรฐานคุณภาพเป็นชุดข้อความที่เสนอแนะว่าขั้นตอนการให้บริการควรเป็นอย่างไร

“ส่วนใหญ่มันก็จะหลัก ๆ ต้อง guideline ของราชวิทยาลัยสูติแพทย์อยู่แล้วถูกไหมคะ ซึ่งมาทางเดียวกันอยู่แล้วเนี่ย ต้นทางมันมาจากต้นทุนเดียวกันอยู่แล้ว เพียงแต่ว่าพอมาใช้ชื่อหรือการเป็นเจ้าภาพของเครื่องมือต่างหาก ที่มันอาจจะทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่าเฮ้ยอะไร Quality Standard อะไรอีก อะไรอย่างนั้นมากกว่าที่จะทำยังไงให้สื่อสารให้เขาเข้าใจว่ามันคือเรื่องเดิม แต่มันจะเป้าหมายตรงเนี้ยทำเพื่ออะไร ” [ผู้ให้บริการ รพท. P11]

ในด้านการสื่อสารเรื่องตัวชี้วัด สปสช. ควรสื่อสารว่าตัวชี้วัดมีไว้เพื่อประเมินการทำงานของสถานพยาบาลเท่านั้น ไม่ได้ผูกกับการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่สถานพยาบาล หาก สปสช. จะมีกลไกกำกับติดตาม ควรแจ้งสถานพยาบาลให้ชัดเจนว่าจะกำกับตัวชี้วัดใดบ้าง และจะให้หน่วยบริการรวบรวมข้อมูลอย่างไร เนื่องจากตัวชี้วัดหลายตัวไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) การรวบรวมข้อมูลจึงทำให้มีภาระงานเพิ่มขึ้นและอาจเกิดแรงต้านจากผู้ให้บริการ

“เวลาประกาศรวม ๆ เขาก็จะคิดว่ามีตัวชี้วัดอีกแล้วเท่านั้นแหละ แต่จริง ๆ แล้วเนี่ยคำว่าตัวชี้วัดเนี่ย จริง ๆ อันนี้มันคือสิทธิ เราต้องพูดกันในเชิงสิทธิประโยชน์ มากกว่าที่จะพูดตัวชี้วัดว่าสิทธิประโยชน์ที่ชาวบ้านจะได้รับ ได้รับอะไรตามมาตรฐานตามสเต็ป เป็นภาระของเขาที่เขาจะต้องทำให้ดีที่สุดกับชาวบ้าน แต่ไม่ใช่ตัวชี้วัดส่งเจ้านาย ถ้าเขาบอกว่าเป็นตัวชี้วัดส่งเจ้านาย เขาก็จะบอกว่าคำว่าตัวชี้วัดนี้เป็นตัวชี้วัดส่งเจ้านายมีภาระเยอะอีกล่ะ เดี๋ยวอันนู้นก็ต้องวัด เดี๋ยวอันนี้ก็ต้องวัด แต่อันนี้มันเหมือนว่าอาจจะต้องพูดอย่างไรให้เขาเข้าใจว่ามันเป็นการวัดคุณภาพ เป็นสิ่งที่เขาไม่ต้องส่งใคร แต่ว่าเป็นสิ่งที่คุณจะ account ต่อผู้มีสิทธิ เรื่องการสื่อสารก็สำคัญ คือเราต้องบอกเขาไปว่าเราไม่ได้แบบว่าเราจะเก็บตัวชี้วัดอันนี้แน่ ๆ นะ เพียงแต่ถ้าคุณอยากรู้ว่าถ้าทำตาม QS อันนี้แล้วบริการอันนี้จะดีขึ้นไหม ประชาชนจะดีขึ้นไหม” [ผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ 1]

5.7.2. การยอมรับ

ประโยชน์ของมาตรฐานคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าการนำมาตรฐานคุณภาพมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ อาจก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสถานพยาบาลและผู้ให้บริการ โดยประโยชน์ทางตรงที่เกิดขึ้นคือทำให้ผู้ให้บริการมีแนวทางการให้บริการที่เป็นมาตรฐาน ชัดเจน และเป็นแนวปฏิบัติเดียวกันทั้งประเทศ เนื่องจากในมาตรฐานคุณภาพมีข้อความคุณภาพที่เน้นว่าต้องทำอะไรเป็นลำดับขั้นตอน ซึ่งเป็นการให้ข้อเสนอแนะต่อผู้ให้บริการว่าหากจะแก้ปัญหาสุขภาพหรือพัฒนาคุณภาพบริการ ต้องทำอะไร ทำอย่างไร และควรเน้นเรื่องใด นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังมองว่ามาตรฐานคุณภาพเป็นมาตรการเติมเต็มสำหรับมาตรการที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น แนวทางเวชปฏิบัติด้านอนามัยแม่และเด็กในระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด คู่มือการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กของกรมวิชาการ แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์ เป็นต้น ข้อดีของมาตรการคุณภาพฉบับนี้ คือ จุดเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถดำเนินการได้ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ การเพิ่มประเด็นการคัดกรองความเสี่ยงที่แยกเป็นรายปัญหาสุขภาพ (การคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และภาวะตกเลือดหลังคลอด) ทำให้ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิมีความเข้าใจมากขึ้นว่าการคัดกรองความเสี่ยงมีขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ใด และจะนำไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพเรื่องใด ซึ่งแตกต่างจากเดิมที่มีการซักประวัติเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกเพื่อแยกว่าเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงหรือเสี่ยงต่ำ แต่ผู้ให้บริการบางท่านไม่ทราบว่าความเสี่ยงที่พบจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพใดในขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้มาตรการคุณภาพยังมีนิยามศัพท์ ซึ่งเป็นการอธิบายอย่างละเอียดว่าข้อความคุณภาพที่กล่าวถึง คืออะไร เช่น การระบุปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น นิยามศัพท์ดังกล่าวทำให้ผู้ให้บริการมองว่ามาตรฐานคุณภาพฉบับนี้เป็นรูปธรรม มีคำแนะนำที่สามารถปฏิบัติตามได้จริง เมื่อพิจารณาประเด็นปัญหาที่ถูกคัดเลือกมาจัดทำเป็นมาตรฐานคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งเป็นเป้าหมายหลักของการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของหลาย ๆ พื้นที่ เนื่องจากปัญหาการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และการตกเลือดหลังคลอด เป็นปัญหาที่มีขนาดปัญหามากและมีความรุนแรง ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยของมารดาและทารก

“ถ้าสำหรับต่อหน่วยงานการมี QS มันก็เป็นข้อดีที่มันเห็น process ทางคลินิกในการดูแลที่มันชัดเจนมากขึ้นสำหรับโรงพยาบาล ประโยชน์ที่จะได้มากคือก็สำหรับกลุ่มโรงพยาบาลที่ยัง below standard อยู่ แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลที่มี maturity สูง ๆ อาจจะไม่ได้ประโยชน์มากนัก” [ผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ 9]

“ก็ดี เพราะที่ผ่านมายังไม่มีมาตรฐานอะไรที่ชัดเจนเป็นเรื่องเป็นราวให้ปฏิบัติตาม ถ้าเราออกมาแบบนี้อย่างน้อยก็เป็นแนวทาง guidelines ให้สถานหน่วยบริการสามารถปฏิบัติได้ เขาจะได้รู้ อย่างคลอดก่อนกำหนด เขาจะได้รู้ว่าแนะนำหญิงตั้งครรภ์ อาการที่แสดงที่จะทำให้คลอดก่อนกำหนด แล้วก็เรื่องคัดกรองความเสี่ยงหลายอันเลย มีตัวชี้วัดหมอว่าดีนะ ที่บอกตัวชี้วัดว่าหญิงตั้งครรภ์มาโรงพยาบาลเวลาเจ็บท้องควรจะต้องมาโรงพยาบาลก่อน 2 เซนติเมตร เพราะที่เราเจอมาตอนปากมดลูกเปิดเยอะแล้ว โรงพยาบาลก็รักษาไม่ทัน คล้ายกับมาช้า หมอว่าดีถ้าทำได้นะ” [ผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ 4]

“ก็เป็นเรื่องที่ดี เพราะมันจะได้เป็นแนวปฏิบัติเหมือนกันทั่วประเทศ เพราะว่าทุกวันนี้ บางเรื่องบางราวแต่ละสถานพยาบาลก็ต้องไปค้นคว้าแล้วก็เอามาเป็นแนวทางของสถานพยาบาลตัวเองซึ่งบางครั้งเนี่ยก็อาจจะมีความหลากหลายมาก” [ผู้กำหนดนโยบายระดับพื้นที่ 1]

“เป็นสิ่งที่เราทำเนี่ยในการสร้างสุขภาพที่นอกเหนือจากการให้ยาพวกนี้ การสร้างเสริมสุขภาพซึ่งอยู่ในประเด็นที่ปฐมภูมิสามารถทำได้” [ผู้ให้บริการ รพช. N27]

“นิยามคำศัพท์สำคัญดี คือมันทำให้พวกเราเข้าใจตรงกันว่า การที่จะบอกว่าการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคืออย่างไร จะได้ไม่ต้องตีความผิดถ้ามีตัวนี้ให้เราดู โดยมองแล้วก็ชอบตรงที่ว่ามีคำพวกนิยามศัพท์ ก็คือเป็นจุดที่จะทำให้เราวัดได้” [ผู้ให้บริการ รพช. N9]

“บางทีเขาซักไปเยอะมากเลย แต่เขาไม่รู้ว่าสรุปรวบออกมาแล้วได้อะไร คือซักเยอะมาก แต่บางทีไอ้คำถามที่เขาซักมามันอาจจะได้ประโยชน์มากกว่าที่เขาคิด เช่น บางทีเอามา screening อะไรพวกนี้ได้หมดเลย ถ้าเขาซักเพราะว่า ANC สีชมพู ซักเยอะเหมือนกัน ทำนานมาก มันมีตั้งหลายเรื่องตั้งแต่ประวัติครอบครัว ถ้าเราให้แค่แบบ แค่ guideline เขาไปว่าสรุปมาด้วยว่า case นี้เสี่ยง pre-term ไหม เขาจะได้รู้ว่าอ๋อ จากที่ซักมาเสี่ยงนะ เสี่ยง PPH ไหม เสี่ยง PIH ไหม เขาก็จะได้...เขารู้ตั้งแต่ รพ.สต. เขาก็จะได้บอกคนไข้ได้ถูก ส่วนตัวคิดว่าอย่างนั้น เพราะว่าอันที่เขาไม่ได้แนะนำ เพราะว่าเขาไม่รู้ว่าเขาเสี่ยงหรือเปล่า” [ผู้ให้บริการ รพท. N23]

ในส่วนของประโยชน์ทางอ้อม ผู้กำหนดนโยบายมองว่าอาจจะนำไปสู่การของบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติม สำหรับสถานพยาบาลที่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพได้ดี ซึ่งในอนาคตตัวชี้วัดบางตัวอาจสามารถนำไปใช้กับโครงการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ รวมทั้งยังสามารถใช้เป็นแนวทางให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเอง เนื่องจากมีข้อความคุณภาพบางข้อความที่หญิงตั้งครรภ์ควรรู้และปฏิบัติตาม นอกจากนี้ผู้ให้บริการให้ความเห็นว่าตัวชี้วัดที่จัดทำขึ้นจะเป็นประโยชน์ต่อสถานพยาบาลสำหรับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของตนเอง ทั้งในแง่ของความพร้อมของปัจจัยนำเข้า กระบวนการให้บริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งหากมีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดแล้วนำมาพัฒนางานจะเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่นำไปสู่การแก้ปัญหาด้านคุณภาพบริการได้ ในส่วนของผู้ให้บริการมีความเห็นว่าหากหญิงตั้งครรภ์

ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และบริการที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักและสังเกตอาการตนเอง รวมทั้งมารับบริการได้ทันท่วงที

"คิดว่ามันต้องช่วยได้แน่นอนค่ะเพราะว่ามันคือช่วยทั้งผู้ปฏิบัติงานแล้วก็ช่วยตัวของแม่ด้วยค่ะ คือถ้ามันเป็นการร่วมมือกันทั้ง 2 ฝ่ายทั้งผู้ปฏิบัติงานและตัวหญิงตั้งครรภ์ คิดว่าเขาน่าจะเข้ามาได้เร็วขึ้นหรือว่าเขาจะมีวิธีการป้องกันตัวเองจากภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้หรือว่าถ้าเกิดเป็น PPH (ภาวะการตกเลือดหลังคลอด) อาจจะมาได้เร็วขึ้น" [ผู้ให้บริการ รพช. N5]

"ในมุมมองของโรงพยาบาลก็จะเป็นตัวที่คอยตรวจสอบว่าเป็นคนคอยเช็คว่าน้องที่อยู่หน้างานมีความรู้เรื่องเหล่านี้มากพอหรือยัง เป็นการประเมิน competency ของคนทำงานเหมือนกับว่าการที่มี QS อันนี้ขึ้นมาก็จะเป็นเหมือนเป็นตัวตั้งให้เราคิดโจทย์ว่า unit นี้ต้องมีความรู้เรื่องอะไร" [ผู้ให้บริการ รพท. N17]

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลในระดับผู้กำหนดนโยบายบางท่านให้ความเห็นว่า การมีมาตรฐานคุณภาพฉบับนี้อาจจะไม่มีประโยชน์ เนื่องจากเชื่อว่าในปัจจุบันทุกสถานพยาบาลมีแนวปฏิบัติสำหรับให้บริการดูแลภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และภาวะตกเลือดหลังคลอดอยู่แล้ว รวมทั้งเชื่อว่าผู้ให้บริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งสูติแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ดีอยู่แล้ว ซึ่งข้อแนะนำในข้อความคุณภาพล้วนเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการปฏิบัติกันเป็นประจำ จึงมองไม่เห็นประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นของมาตรฐานคุณภาพ นอกจากนี้ประเด็นเรื่องอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยสามารถปฏิบัติงานได้ดีตามตัวชี้วัดแล้ว เมื่อเทียบผลงานกับนานาชาติพบว่าผลงานของประเทศไทยอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

"QS เป็นแนวทาง เป็นองค์ความรู้ เพราะฉะนั้นสูติแพทย์เองก็จะมีความรู้ มีองค์ความรู้อยู่แล้ว สิ่งที่ควรให้ความสำคัญ หรือว่ายัง weak อยู่คือ คุณภาพของการให้บริการ ความใส่ใจดูแลคนไข้ การให้คำปรึกษา การให้ความรู้แก่คนไข้... QS อาจจะไม่ได้ช่วย ควรจะสนับสนุนด้านอื่น ระบบ refer เราแข็งแรงอยู่แล้ว ควรสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ สมุดสีชมพู ยา ธาตุเหล็ก... QS นี้เหมาะสำหรับ รพ.ที่ไม่มีสูติแพทย์" [ผู้ให้บริการ รพช. N4]

"ถ้าเราทำยุทธศาสตร์ agenda ของ PP เราคงไม่เลือก ANC เป็นอันดับแรก แล้วผลงานมันค่อนข้างดีแล้วถ้าเทียบกับตัวชี้วัด WHO เราผ่านฉลุยเลยนะ" [ผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ 5]

ข้อพึงระวังของมาตรฐานคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลระดับผู้กำหนดนโยบายได้แสดงความกังวลหากจะมีการนำมาตรฐานคุณภาพมาใช้ในระบบสุขภาพ โดยข้อกังวลหลัก คือ ความซ้ำซ้อนของมาตรฐานคุณภาพฉบับนี้กับแนวทางเวชปฏิบัติ แนวปฏิบัติหรือคู่มือการดำเนินงานที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาทิ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ซึ่งหากจะมีมาตรฐานเพิ่มเติมเข้ามา ผู้พัฒนาต้องสามารถตอบผู้ให้บริการให้ชัดเจนว่า สิ่งที่จัดทำขึ้นนี้แตกต่างจากสิ่งที่มีอยู่ในปัจจุบันอย่างไร และจะมีประโยชน์เพิ่มเติมอย่างไร นอกจากนี้ควรคำนึงถึงประเด็นความสอดคล้องของมาตรฐานคุณภาพและแนวทางเวชปฏิบัติที่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยึดถือเป็นแนวทางสำหรับดำเนินงาน หากมาตรฐานคุณภาพไม่ตรงกับแนวทางเวชปฏิบัติอาจทำให้ผู้ให้บริการเกิดความสับสนในการทำงาน ไม่รู้จะเลือกปฏิบัติตาม

คำแนะนำของแนวทางใด ข้อกังวลสำคัญอีกประการที่ผู้ให้ข้อมูลยกมา คือ การใช้คำว่า “มาตรฐานคุณภาพ” เนื่องจากเป็นคำที่มีความหมายผูกพันทางด้านกฎหมาย หากผู้ให้บริการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในมาตรฐานคุณภาพฉบับนี้ อาจตีความได้ว่าบริการที่สถานพยาบาลจัดให้ไม่มีมาตรฐาน และผู้ป่วยจะนำไปใช้เป็นแหล่งอ้างอิงสำหรับฟ้องร้องผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลได้ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังให้ความเห็นว่า การปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพเป็นการเพิ่มภาระงานเนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีการคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาดังกล่าว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อกำลังคน และภาระงบประมาณของสถานพยาบาล

“แต่ถ้าเกิดมันเปิดกว้างสำหรับประชาชนทั่วไปก็ต้องมองว่ามันอาจจะเป็นดาบ 2 คมหรือเปล่า ถ้าประชาชน ถ้าเจ้าหน้าที่ในบางที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับมันมากพอเท่ากับความคาดหวังของประชาชน อันนี้ก็อาจจะเป็นปัญหาได้อาจจะเกิดข้อร้องเรียนว่าทำไมฉันไม่ได้รับการบริการตามมาตรฐานที่ประเทศนี้กำหนด ” [ผู้ให้บริการ รพท. P5]

“ก็ต้องคิดถึงภาระงานของคนที่ทำงานด้วยนะถ้าจะเอามาใช้น่ะ คือพี่อยากจะให้คิดถึงภาระงานของคนทำงานด้วย ว่าถ้าเอามาใช้เนี่ยมันใช้เวลา ที่เห็นในนี้นะ ว่ามันใช้เวลาในการทำกิจกรรมเนี่ยต่อคนต่ออะไรเนี่ยใช้เวลาเท่าไหร่ แล้วมันต้องใช้คนในการสนับสนุนเท่าไหร่ เพราะว่าเวลาพูดกับคนไข้คนนึง อย่างพี่สอนคนไข้คนหนึ่งให้กินนมแม่ได้น่ะใช้เวลานานมากเลยแต่ละคน คือแต่ละคนใช้เวลาแตกต่างกัน ” [ผู้ให้บริการ รพท. N14]

ความน่าเชื่อถือของมาตรฐานคุณภาพ

ในประเด็นความน่าเชื่อถือของมาตรฐานคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพว่าใช้วิธีการที่เหมาะสมและมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ ทีมผู้พัฒนามีการทบทวนวรรณกรรม และอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูล ซึ่งจะทำให้มาตรฐานคุณภาพฉบับนี้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น หากผู้ให้บริการมีข้อสงสัย สามารถค้นหาข้อมูลจากแหล่งอ้างอิงที่ระบุได้ อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลบางรายยังมีประเด็นสงสัยเกี่ยวกับความเพียงพอของการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา เนื่องจากการพัฒนามาตรฐานคุณภาพที่ผ่านมาดำเนินการในรูปแบบของคณะทำงาน ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกจำนวนหนึ่งเท่านั้น จะทราบได้อย่างไรว่าการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้เพียงพอแล้ว ในขณะที่วัตถุประสงค์ของมาตรฐานคุณภาพคือเพื่อประกาศใช้ทั้งประเทศไทย

“มันมีส่วนร่วมมากแค่ไหน คือคนที่ใช้ ได้มามีส่วนร่วมไหม หรือแค่ inform เขาเฉย ๆ ว่าทำออกมาได้อะไรแล้วลองเอาไปอ่านดู เขาได้มาถึงระดับไหนผมไม่รู้ มาเป็น collaboration หรือว่าเขามีส่วนผลักดันด้วยตั้งแต่เริ่มทำเนี่ยเปิดโปร่งใสไหม โครงการนี้มีคนรู้อยู่แค่ไหน ประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทราบไหม เขาจะได้มาต่อต้านถ้าเขาไม่เห็นด้วย หรือเขาจะได้มาสนับสนุนถ้าเขาเห็นด้วย แต่ที่ผ่านมามันก็เป็นเหมือนวิธีแบบไทย ๆ คือการมาสัมภาษณ์ตรงนี้ก็มีส่วนร่วมแล้ว มีส่วนร่วมจากสาธารณสุข 1 คน มีของกระทรวงนู้นกระทรวงนี้ แล้วตบท้ายมาก็ประกาศออกมาว่ามันออกมาแล้ว มันก็เลยมองว่า มันโปร่งใสหรือเปล่า” [ผู้กำหนดนโยบายระดับพื้นที่ สสจ. 1]

ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่าแหล่งข้อมูลที่นำมาอ้างอิงในการจัดทำมาตรฐานคุณภาพบางข้อความมีความน่าเชื่อถือ เพราะมาจากการศึกษาเชิงทดลองทางคลินิกแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized control trial) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (meta-analysis) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จัดเป็นข้อมูลที่มีระดับความน่าเชื่อถือสูง อย่างไรก็ตาม มาตรการสร้างเสริมสุขภาพบางมาตรการ เช่น การคัดกรองความเสี่ยงและส่งต่อ การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น ไม่มีหลักฐานจากการทดลองเชิงคลินิกว่ามีประสิทธิผลในการป้องกันปัญหาดังกล่าว มีเพียงการศึกษาเชิงสังเกตแบบ cohort study ที่ระบุว่าความเสี่ยงต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับภาวะครรภ์เป็นพิษ และการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งอาจทำให้ข้อแนะนำด้านการคัดกรองความเสี่ยงไม่น่าเชื่อถือเพียงพอ หากนำไปปฏิบัติทั้งประเทศอาจเกิดคำถามว่าจะสามารถแก้ปัญหาได้จริงหรือไม่ และคุ้มค่าที่จะลงทุนลงแรงเพิ่มหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพให้ข้อคิดเห็นว่ามาตรการสร้างเสริมสุขภาพบางมาตรการมีความซับซ้อนมาก อาจไม่สามารถหาข้อมูลประสิทธิผลที่เกิดจากการทดลองทางคลินิกแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นหลักฐานทางวิชาการแบบมีความน่าเชื่อถือสูงมาพิจารณาได้ เท่ากับว่ามาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและให้ความรู้จะไม่ถูกนำมาพัฒนาเป็นมาตรฐานคุณภาพ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าเสียดาย นอกจากนี้ผู้ให้บริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิให้ความเห็นในเชิงสนับสนุนมาตรการคัดกรองความเสี่ยงและการให้ความรู้ว่าเป็นสิ่งที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิสามารถให้บริการได้เอง ซึ่งเป็นการสร้างการมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของสถานพยาบาลระดับบริการปฐมภูมิ ผู้ให้ข้อมูลจึงมีข้อเสนอว่าก่อนพัฒนามาตรฐานคุณภาพ ผู้เกี่ยวข้องควรอภิปรายและหาข้อสรุปเกี่ยวกับระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานทางวิชาการว่าควรยอมรับหลักฐานทางวิชาการระดับใดบ้าง ซึ่งในข้อความคุณภาพอาจเพิ่มเติมระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานและระดับของคำแนะนำ เช่นเดียวกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

“ตอนที่ทีมพิจารณาข้อมูลอะไรต่าง ๆ ขึ้นมาเนี่ย คือไม่ได้ตั้ง definition ที่ชัดเจนของ QS ใช่ไหมครับ เพราะ QS นี่จะเอาอะไรที่มันมาเป็นตัวที่สำคัญว่าจะต้องมี evidence based support ขนาดไหน จะต้องเป็น RCT เลยไหมนะครับ หรือว่ามีอย่างอื่นก็พออ่อนกว่านั้น แต่มี evidence based แหละมีแน่ ๆ evidence based แต่ว่า level ไหนไม่ได้ตกลงกันทีแรก....อาจจะเป็นถ้าเกิดว่าไม่ให้สูญเปล่าจริง ๆ ก็อาจจะเป็น level of evidence ได้ไหมครับอาจารย์ว่า QS มี level of evidence A B C – A เนี่ย very strong แนะนำไปเลยต้องทำไม่ทำจะมีบทลงโทษหรือเปล่าผมไม่รู้ ตัดเงินเดือนหรือเปล่าผมไม่รู้ ถ้าเป็นเลเวล B เนี่ยควรทำน่าทำอะไรอย่างเนี้ย ก็คือลดหลั่นกันไป ถ้าเกิดจะไม่ให้ที่เราทำมันเสียของนะครับ” [ผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ 10]

“อย่างประเภทที่ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด wording สำหรับเราในวงการคงรู้สึกว่าธรรมดาแต่สำหรับคนไข้ สำหรับประชาชนถ้าเกิดว่าเขาถูกให้ความรู้ว่า อ๋อเขามาเขาต้องรู้นะว่าเจ็บท้องก่อนกำหนดเนี่ยมันมีนะเป็นยังไงบ้าง 1 2 3 สิ่งเหล่านี้เนี่ยมันมีความหมายกับเขาแล้วมันก็คือ PP ด้วย แล้วก็มันก็จะช่วยลดปัญหาของการเกิด preterm ได้จริงจากการพยายาม detect ของตัวเขาและก็การพยายามแสวงหาความรู้ของตัวเขานะคะ หรือว่าในภาพของครรภ์เป็นพิษนะคะ หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงควรได้รับข้อมูลนู่น

นั่นนี่คือสิ่งเหล่านี้คิดว่ามันไม่ใช่ความเหนื่อยฟรีของคณะแน่ ๆ มันเป็น message ที่มีความหมายแล้วก็มีคุณภาพจริง ๆ แล้วเขาควรจะได้รับอย่างนั้นจริง ๆ บางอันเนี่ยมันควรจะได้ใช้ประโยชน์ก็ต้องใช้ประโยชน์เป็นการเพิ่มตัว health literacy ให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวของเขาไปเลย" [ผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ 11]

นอกจากนี้ การกำหนดขอบเขตของมาตรฐานคุณภาพให้ชัดเจนก็เป็นประเด็นสำคัญในกระบวนการพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้นตอนของการจัดลำดับความสำคัญประเด็นที่จะนำมาพัฒนามาตรฐานคุณภาพ การศึกษานี้พิจารณาบริการเป็นฐาน (service oriented) ร่วมกับปัญหาสุขภาพเป็นฐาน (disease oriented) ซึ่งทั้งสองวิธีเกิดจากการอภิปรายและตกลงร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่เนื่องจากขอบเขตของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีมิติที่กว้างกว่าประกาศ ฉ.10 ทำให้ประเด็นที่ถูกคัดเลือกมาพัฒนาเป็นมาตรฐานคุณภาพไม่จำกัดอยู่เฉพาะใน ฉ.10 เท่านั้น ซึ่งไม่ตอบโจทย์ของ สปสช. การกำหนดว่าบริการประเภทใดบ้างควรนำมาพัฒนาเป็นมาตรฐานคุณภาพก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน เนื่องจากเกิดข้ออภิปรายกันหลากหลายในการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียว่ามาตรฐานคุณภาพควรครอบคลุมเฉพาะมาตรการที่สถานพยาบาลสามารถปฏิบัติได้และอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว หรือควรครอบคลุมทุกมาตรการที่มีหลักฐานรองรับว่ามีประสิทธิผล เช่น การวัดความยาวปากมดลูกและการให้ยาโปรเจสเตอโรน ซึ่งหากพิจารณากรณีหลังทีมสนับสนุนด้านวิชาการจะใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นตัวกำหนดว่ามาตรฐานคุณภาพควรเป็นอย่างไร ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบางท่านมองว่าการมีมาตรฐานคุณภาพจะช่วยให้การผลักดันมาตรการที่มีประสิทธิผลเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ได้เร็วขึ้น นอกจากนี้การกำหนดว่ามาตรฐานคุณภาพจะนำไปใช้ในสถานพยาบาลระดับใดก็เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากสถานพยาบาลแต่ละระดับมีความพร้อมแตกต่างกัน ทั้งงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ และเวชภัณฑ์

"ก็เลยจะเรียนถามค่ะว่าเรื่องของ QS เนี่ยจะต้องออกมาเป็นลักษณะของ general เท่านั้นหรือ มันเป็นไปได้ไหมคะที่จะมีการระบุว่าใน setting ใดควรจะมี QS อย่างไรอันนี้ไม่แน่ใจนะคะ ไม่มีความรู้เรื่องนี้เผื่ออาจารย์ให้ความรู้ได้ ถ้าเกิดว่าเราสามารถจำแนกได้แล้วในที่ ๆ เป็นเรียกว่ามี special care ได้โดย specialist QS ของเขาคือเช่นนี้ ๆ สิ่งที่อาจารย์ทำมาก็ไม่เสียของและยังเป็นสิ่งที่ทำให้เรามองได้ว่า ตอนนี้มันมีสิ่งที่เป็นแบบนี้อยู่ ตี๊ต่างว่า 10 เปอร์เซ็นต์ของพื้นที่ แล้วอีก 90 เปอร์เซ็นต์ของพื้นที่เราตั้งเป้าได้ว่าอีกชั่วชีวิตนึงของเรามันจะครบอะไรทำนองเนี้ย อีก 5 ปีมันจะได้ 50 เปอร์เซ็นต์อะไรก็แล้วแต่คือไม่แน่ใจนะคะว่าเราจะต้องถอยกลับมาสู่สิ่งที่เป็น general เท่านั้นหรือเปล่า" [ผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ 11]

ผู้ให้ข้อมูลให้ความคิดเห็นต่อหน่วยงานที่พัฒนามาตรฐานคุณภาพ ว่าการดำเนินงานในลักษณะคณะทำงาน ที่เป็นบุคคลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์การทำงานในประเด็นที่เกี่ยวข้องมีความเหมาะสม เพราะไม่ใช่การรับฟังความคิดเห็นจากบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้มีข้อเสนอเพิ่มเติมว่าในคณะทำงานควรเพิ่มสมาชิกที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพราะจะมีมุมมองต่องานสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างออกไป นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลมีข้อเสนอแนะว่าในอนาคตกรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค เป็นต้น ควรเป็นเจ้าภาพร่วมกับ

ราชวิทยาลัยในการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ เนื่องจากจะได้รับการยอมรับจากผู้ให้บริการเพราะเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจในการสนับสนุนความรู้ด้านวิชาการแก่สถานพยาบาลในสังกัด

"ในความเห็นผมนะ ถ้ามันมาจากคณะกรรมการ ไม่ใช่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง อาจารย์ specialist ด้านนี้ ผมว่าก็ยังไม่ดีเท่าจาก committee อะ ถ้ามี committee ที่มีความรู้ และมีประสบการณ์ ก็คือมันอยู่ที่องค์ประกอบ committee ประกอบไปด้วยผู้ปฏิบัติที่มีประสบการณ์ด้านนี้ และก็ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญในเนื้อหาวิชาการด้านนี้โดยตรง แล้วก็มีผู้บริหารด้วยที่ช่วยกัน develop อันนี้ขึ้นมา อันนี้มันใจได้ประการหนึ่งแล้วว่า เอาไปใช้ได้ผล" [ผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ 7]

ประเด็นหน่วยงานที่ควรประกาศใช้มาตรฐานคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเสนอและอภิปรายข้อดีและข้อเสียของแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ 1) กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานต้นสังกัดของสถานพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทย หากมาตรฐานคุณภาพประกาศใช้โดยหน่วยงานนี้ ผู้ให้บริการมีแนวโน้มที่จะยอมรับและปฏิบัติตามสูง และสามารถใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งเพื่อประกอบการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) แต่ สธ. ไม่มีอำนาจอนุมัติงบประมาณหากสถานพยาบาลต้องการงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมเพื่อดำเนินงานตามมาตรฐานคุณภาพ 2) สปสช. เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ควบคุมคุณภาพบริการ หากประกาศใช้มาตรฐานคุณภาพร่วมกับ สธ. จะทำให้เกิดภาพความร่วมมือระหว่าง สปสช. กับ สธ. ซึ่งจะทำให้ผู้ให้บริการให้ความสำคัญกับมาตรฐานคุณภาพมากขึ้น นอกจากนี้ สปสช. ยังสามารถใช้ตัวชี้วัดบางตัวประกอบกลไกจ่ายค่าตอบแทนตามผลงานบริการได้ อย่างไรก็ตาม สปสช. ควรชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ให้บริการให้ชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น เนื่องจากตัวชี้วัดหลายตัวไม่มีในฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) หากนำมาใช้วัดผลงานสถานพยาบาลจะเกิดข้อจำกัดในการบันทึกข้อมูล นอกจากนี้ สปสช. ควรระมัดระวังเรื่องการเชื่อมโยงมาตรฐานคุณภาพกับกลไกการจ่ายค่าตอบแทน เพราะอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าเป็นมาตรการที่ทำแล้วได้เงิน ซึ่งจะทำให้สถานพยาบาลเน้นปฏิบัติตามข้อแนะนำในมาตรฐานคุณภาพเท่านั้น แต่ละเลยบริการอื่นที่อาจจะสำคัญไม่น้อยกว่ากัน 3) ราช-วิทยาลัยสูตินรีแพทย์ เป็นหน่วยงานที่มีความน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับจากสูติแพทย์ว่าพัฒนาข้อแนะนำบนหลักฐานทางวิชาการ หากมาตรฐานคุณภาพถูกประกาศใช้โดยราชวิทยาลัยฯ แพทย์อาจใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงเมื่อถูกฟ้องร้องเกี่ยวกับมาตรฐานการรักษาได้ เมื่อผู้ให้ข้อมูลอภิปรายเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสียของแต่ละหน่วยงาน จึงเสนอว่าการรับรองและประกาศใช้ร่วมกันน่าจะเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังมีข้อเสนอแนะว่ามาตรฐานคุณภาพฉบับนี้ควรจะบังคับใช้ในสถานพยาบาลเอกชนด้วย เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานทัดเทียมกัน

5.7.3. การนำมาตรฐานคุณภาพไปใช้

ทีมสนับสนุนด้านวิชาการจัดกลุ่มการนำมาตรฐานคุณภาพไปใช้โดยพิจารณาความเป็นไปได้ใน 3 ประเด็น คือ ด้านวิชาการ ด้านการบริหารจัดการ และด้านการเงิน ในประเด็นด้านวิชาการ การศึกษานี้พบว่าผู้ให้บริการในสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชนที่มีสูติแพทย์ มองว่าตนเองมีความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานคุณภาพที่พัฒนาขึ้นพอสมควร แต่ผู้ให้บริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมองว่าตนเองยังต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถ

ดำเนินงานได้ ส่วนการบริหารจัดการ ผู้ให้บริการที่มีทักษะและสามารถปฏิบัติตามข้อความคุณภาพมีความคิดเห็นในเชิงยอมรับมาตรฐานคุณภาพ และมองว่าคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขตและจังหวัดจะเป็นช่องทางในการประกาศใช้และสื่อสารเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพไปยังผู้ให้บริการ ในทางตรงกันข้ามผู้ให้บริการบางท่านแสดงความกังวลว่าการใช้มาตรฐานคุณภาพอาจทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น โดยปัจจุบันการฝากครรภ์ครั้งแรกใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อหญิงตั้งครรภ์หนึ่งราย หากจะมีการคัดกรองความเสี่ยงและให้ข้อมูลเพิ่มเติม จะใช้เวลาเพิ่มขึ้นเป็น 45 นาทีต่อราย ซึ่งมองว่าสถานพยาบาลตนเองอาจไม่สามารถจัดการได้ นอกจากนี้หากมีการประกาศใช้มาตรฐานคุณภาพ ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานบางอย่าง เช่น จัดฝึกอบรมเพื่อสร้างความเข้าใจต่อมาตรฐานคุณภาพ รวมทั้งพัฒนาทักษะบางประการให้สามารถปฏิบัติงานได้ ในด้านการเงิน ผู้ให้ข้อมูลระดับผู้กำหนดนโยบายมองว่างบประมาณสำหรับการให้บริการสามารถนำมาจากงบเหมาจ่ายรายหัวของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและงบประมาณด้านการรักษาในกรณีการดูแลระหว่างคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด งบประมาณเที่อาจจะต้องสรรหาเพิ่มเติม คือ งบประมาณสำหรับประชุมชี้แจงเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม ในระดับผู้ให้บริการมองว่างบประมาณเหมาจ่ายรายหัวอาจไม่เพียงพอ หากจะให้ดำเนินการตามมาตรฐานคุณภาพควรจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมด้วย

5.7.4. การบูรณาการมาตรฐานคุณภาพกับมาตรการปรับปรุงคุณภาพบริการอื่น ๆ

ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่ามาตรฐานคุณภาพเป็นเครื่องมือหนึ่งสำหรับพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งสามารถบูรณาการกับมาตรการที่มีอยู่เดิมได้ โดยนำมาตรฐานคุณภาพมาใช้ควบคู่กับเครื่องมือที่มีอยู่ก่อนแล้ว เช่น มาตรฐานคุณภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นเครื่องมือสำหรับให้บริการในคลินิกหมอครอบครัว โดยเน้นที่การให้คำปรึกษา การคัดกรองความเสี่ยง และการส่งต่อ นอกจากนี้มาตรฐานคุณภาพยังเป็นแนวทางสำหรับผู้ให้บริการเพื่อช่วยให้บรรลุเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ของการตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ของกระทรวงสาธารณสุข อนึ่ง สปสช. สามารถนำตัวชี้วัดในมาตรฐานคุณภาพมาใช้ในโครงการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยเลือกตัวชี้วัดผลลัพธ์หรือกระบวนการบางตัวที่สามารถนำข้อมูลจากฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) มาวิเคราะห์และประเมินคะแนนผลงานบริการ อย่างไรก็ตามในการเลือกตัวชี้วัดควรปรึกษาหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในวงกว้างเพื่อให้เกิดการยอมรับ ในส่วนของการบูรณาการกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตัวชี้วัดในมาตรฐานคุณภาพบางตัว อาจสามารถนำมาใช้ในการประเมินสถานพยาบาลในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ แต่ผู้ให้ข้อมูลชี้ให้เห็นว่าในขณะนี้จำนวนตัวชี้วัดสำหรับรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมีจำนวนมาก และเป็นตัวชี้วัดสำคัญ สถานพยาบาลควรดำเนินการให้ได้ก่อน ส่วนการเพิ่มเติมตัวชี้วัดอื่น ๆ ต้องพิจารณาความเหมาะสมเป็นลำดับถัดไป อย่างไรก็ตาม แนวคิดของการตรวจรับรองคุณภาพสถานพยาบาลไม่ได้เน้นที่การตรวจผลงานตามตัวชี้วัดเพียงอย่างเดียว แต่ยังเน้นที่กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหาให้สถานพยาบาล

5.7.5. การติดตามและการประเมินผล

การกำกับติดตามการดำเนินงาน

ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะว่าเพื่อให้การใช้มาตรฐานคุณภาพเกิดประโยชน์สูงสุด ควรมีการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานคุณภาพ โดยรูปแบบการกำกับติดตามควรมีลักษณะเป็นการเยี่ยมเสริมพลังเชิงบวก กำกับติดตามในในเชิงกัลยาณมิตร ที่ผู้ตรวจเยี่ยมยินดีให้ความช่วยเหลือผู้ให้บริการ เป็นลักษณะการให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา มากกว่าการบอกว่าผู้ให้บริการดำเนินการไม่ได้มาตรฐาน นอกจากนี้หากมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ เช่น การพัฒนา software ที่แสดงข้อความคุณภาพที่เกี่ยวข้องระหว่างการให้บริการฝากครรภ์แต่ละครั้ง จะทำให้เกิดการปฏิบัติตามได้ดีขึ้น และยังเป็นการเก็บข้อมูลแบบ real time เพื่อให้ผู้ให้บริการรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งไม่เหมือนกับการกำกับติดตามในปัจจุบันที่นำข้อมูลบริการในอดีตมาสรุปและรายงาน หากปฏิบัติงานไม่ได้ดี อาจจะแก้ไขปัญหาได้ไม่ทันการณ์

การประเมินผลของมาตรฐานคุณภาพ

ในส่วนของการประเมินผลมาตรฐานคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะว่าควรมีการประเมินประสิทธิผลของมาตรฐานคุณภาพในบริบทประเทศไทยก่อนประกาศใช้ โดยออกแบบระเบียบวิธีวิจัยที่น่าเชื่อถือ เช่น การทดลองทางคลินิกแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม เป็นต้น เพื่อแสดงให้เห็นว่ามาตรการดังกล่าวมีประสิทธิผลและสามารถใช้พัฒนาคุณภาพบริการได้ ซึ่งข้อมูลส่วนนี้มีความจำเป็นสำหรับการประกาศนโยบายเพราะช่วยสร้างการยอมรับมาตรการของผู้ให้บริการ เมื่อจะประกาศใช้นโยบายผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะว่าควรทดสอบดำเนินการมาตรฐานคุณภาพในบางพื้นที่ในลักษณะของโครงการนำร่องก่อน แล้วออกแบบการประเมินโครงการนำร่องเพื่อให้ทราบว่าจะมีปัญหาอุปสรรคอย่างไรบ้างหากนำมาตรการดังกล่าวลงสู่การปฏิบัติ และจะดำเนินการอย่างไรเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งการประเมินควรเน้นการประเมินเชิงกระบวนการ โดยเลือกพื้นที่ศึกษาที่มีผลการดำเนินงานด้านการฝากครรภ์ดีและไม่ดี เพื่อจำลองสถานการณ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงทั่วประเทศ หลังจากนั้นเมื่อประกาศนโยบายไปแล้ว ควรออกแบบการกำกับติดตามการปฏิบัติตามนโยบาย รวมทั้งควรประเมินผลลัพธ์ในด้านคุณภาพบริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการนำมาตรฐานคุณภาพไปใช้

“เอาไปทดลองใช้เถอะ เลือกพื้นที่มา แล้ววัดผลจริง ๆ แล้วก็ต้องเปรียบเทียบกันกับพื้นที่ที่ไม่ได้ทำด้วย รูปแบบนี้มันเป็นการศึกษา ฉะนั้นยังไงก็ต้องเป็นกึ่งทดลอง เพราะมันจะมาสรุป intervention เพราะฉะนั้นคุณต้องมีการควบคุมพื้นที่ที่ไม่ได้ทำอะไรเลยแล้วก็ดูว่ามัน (ปัญหาสุขภาพ) ลงเหมือนกันไหม ถ้าลงเหมือนกัน คุณจะมาโมเมไม่ได้ว่ารูปแบบที่คุณเสนอมามันดี” [ผู้กำหนดนโยบาย 7]

“ผมว่ามันต้องไปประเมินหลังจากที่ implement หรือว่าอาจจะต้องเสนอโปรแกรมเป็นการศึกษา action research ต่างหาก แล้ว action research ตรงนี้มันก็อาจจะต้องเอาทั้งเด็กดี เด็กไม่ดี อะไรตามที่เขาว่า ทำดีเขาก็คอมเมนท์ไว้ ถ้ารีเสิร์ชที่มันให้ผลดีเขาก็เอาเด็กดี เด็กดีนี่จะทำทุกอย่าง ใช่ไหม พอถึง implement สถานการณ์จริงแล้ว มันมีทั้งเด็กดี เด็กไม่ดี เพราะฉะนั้นแล้วบางทีก็จะได้ทั้งเด็กดีและเด็กไม่ดี เด็กไม่ดีคราวหน้าก็ต้องไปโฟกัสหน่อยว่าปัญหามันคืออะไรที่เขาเป็นเด็กไม่ดี จะได้แก้ แก้ปัญหาได้ อะไรอย่างนี้” [ผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ 1]

5.7.6. ประเด็นเพิ่มเติมสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพในอนาคต

แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะเห็นด้วยกับประเด็นปัญหาสุขภาพที่เลือกมา แต่ให้ความเห็นว่าข้อความคุณภาพยังไม่ครอบคลุมมาตรการที่มีประสิทธิผลในการดูแลและป้องกันปัญหาคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และการตกเลือดหลังคลอดบางมาตรการ ซึ่งเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผล มีหลักฐานทางวิชาการคุณภาพสูงรองรับ และเป็นข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การวัดความยาวของปากมดลูก (cervical length measure) การให้ยาโปรเจสเตอโรนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด การให้ยา tocolytics เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด การให้แคลเซียม ขนาด 1.5-2 กรัม ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีการบริโภคแคลเซียมต่ำเพื่อป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ และการดูแลระหว่างคลอด (active management of the third stage of labour) และการส่งสัญญานเกี่ยวกับการสูญเสียเลือดมากเกินไปหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมาตรการเหล่านี้ไม่ได้ระบุใน ฉ.10 ที่กำหนดรายการสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรไทยแต่ละกลุ่มวัย

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังเสนอแนะประเด็นสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพในอนาคต ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ประเด็นเพิ่มเติมสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพในอนาคต

ประเด็น	เหตุผลและความจำเป็น
การคัดกรองความพิการของทารกตั้งแต่ก่อนคลอด เช่น การคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์	ยังไม่มีมาตรฐานในการทำงาน
การคลอดฉุกเฉิน เช่น การคลอดในกรณีเด็กท่าผิดปกติ	ถ้ามี QS มาเพิ่มจะช่วยเพิ่มมาตรฐานในการทำงาน
พัฒนาการเด็ก	ทุกหน่วยงานต่างให้ความสำคัญ ถ้ามี QS มาเพิ่มจะช่วยให้การทำงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน และช่วยให้ทำงานได้รวดเร็วขึ้น
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	พบมาก และเป็นปัญหาหลักในพื้นที่ให้บริการ
โรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์	พบมากในหญิงตั้งครรภ์ และส่งผลกระทบต่อเด็กอย่างรุนแรง
กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	พบมากในพื้นที่ให้บริการ
การให้บริการดูแลความเสื่อมของผู้สูงอายุ	ไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุมักมีปัญหาความเสื่อมที่ต้องการคำแนะนำและการดูแล
มะเร็งปากมดลูก	หลายหน่วยงานต่างให้ความสำคัญ ถ้ามี QS มาเพิ่มจะช่วยให้การทำงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน

5.8. ผลการศึกษาภาระงบประมาณ

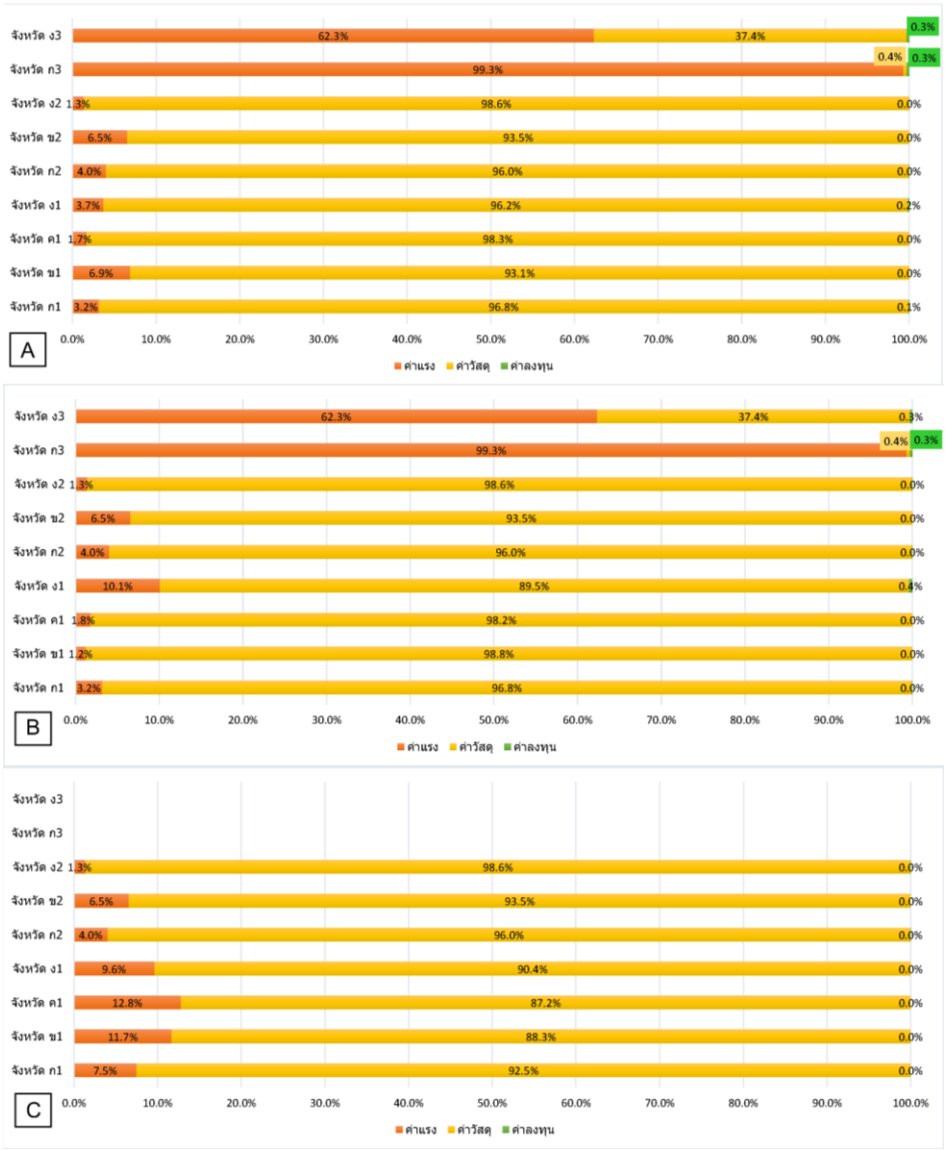
ภาระงานและเวลาที่ใช้ในการให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ 1 ราย ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในแต่ละจังหวัดพบว่ามีช่วงเวลาการให้บริการที่แตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด และในการให้บริการนั้น ไม่มีการแยกประเภทของหญิงตั้งครรภ์ โดยผู้ปฏิบัติงานให้บริการและให้คำแนะนำโดยพิจารณาจากความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เป็นหลัก เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยง และหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง เป็นต้น สำหรับข้อมูลรายละเอียดความถี่การดำเนินงานในแต่ละประเภทสถานพยาบาลแสดงในภาคผนวกที่ 6 ในประเด็นการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงาน พบว่า สถานพยาบาลบางแห่งให้บริการเฉพาะช่วงเวลาเช้า และบางแห่งให้บริการทั้งวัน เช่น โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งให้บริการเฉพาะช่วงเช้าของวันอังคาร เป็นต้น ดังนั้น ในการปฏิบัติงานจึงคิดภาระงานของผู้ปฏิบัติงานต่อ 1 ผู้รับบริการในหน่วยของนาที นอกจากนี้ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการจากผู้ปฏิบัติงานถูกนำมาเฉลี่ยตามมาตรฐานคุณภาพบริการด้านการฝากครรภ์ 3 เรื่อง ได้แก่ 1) การป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) การป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ และ 3) การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เช่น รพ. ก ให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงทั้งหมด 2,600 ราย/ปี ดังนั้น การศึกษานี้กำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานต้องดูแลหรือให้บริการหญิงตั้งครรภ์ตามมาตรฐานคุณภาพบริการด้าน ANC ในเรื่อง preterm labour เรื่อง PIH และเรื่อง PPH เรื่องละ 867 รายต่อปี

สำหรับผลการวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินงาน (รูปที่ 4) พบว่าโรงพยาบาลทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ (รพท./รพศ.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงในจำนวนน้อย โดยเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 4 ในขณะที่ต้นทุนส่วนใหญ่ เฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 96 เป็นต้นทุนค่าวัสดุและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งต้องให้บริการตามแนวเวชปฏิบัติที่กำหนด ส่วนต้นทุนค่าลงทุนมีสัดส่วนที่น้อยมากเนื่องจากครุภัณฑ์ที่ใช้ส่วนใหญ่มีอายุการทำงานเกิน 10 ปีจึงทำให้ต้นทุนค่าเสื่อมราคามีมูลค่าต่ำ ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีสัดส่วนต้นทุนการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าแรง ร้อยละ 62 รองลงมาคือ ต้นทุนค่าวัสดุ ร้อยละ 37 และต้นทุนค่าลงทุนร้อยละ 1 จากข้อมูลดังกล่าวสามารถคำนวณเป็นต้นทุนเฉลี่ยต่อหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย ดังรูปที่ 5

สำหรับการคำนวณภาระงบประมาณนั้น กำหนดให้ต้นทุนรวมเฉลี่ยของรพ.สต. รวมกับต้นทุนรวมเฉลี่ยของรพช. และข้อมูลจากรายงาน Health Data Center (HDC) ซึ่งแสดงจำนวนหญิงไทยที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลต่าง ๆ ของประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวน 324,057 ราย [9] เมื่อปรับด้วยสัดส่วนโรงพยาบาลในประเทศไทยจะสามารถแบ่งได้เป็น หญิงตั้งครรภ์ที่ไปใช้บริการรพท./รพศ. จำนวน 42,127 ราย และใช้บริการ รพช. และรพ.สต. จำนวน 281,930 ราย คิดเป็นภาระงบประมาณรวมทั้งสิ้นประมาณ 3,014 ล้านบาท ผลการวิเคราะห์ภาระงบประมาณ แสดงดังตารางที่ 16

ตารางที่ 1 ต้นทุนภาระงบประมาณแบ่งตามประเภทโรงพยาบาล

ระดับโรงพยาบาล	ต้นทุนเฉลี่ยต่อหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย (หน่วย: บาท/ราย)	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ (หน่วย: ราย)	ภาระงบประมาณ (หน่วย: ล้านบาท)
รพท./รพศ.	8,057	42,127	339
รพช. และ รพ.สต.	9,489	281,930	2,675

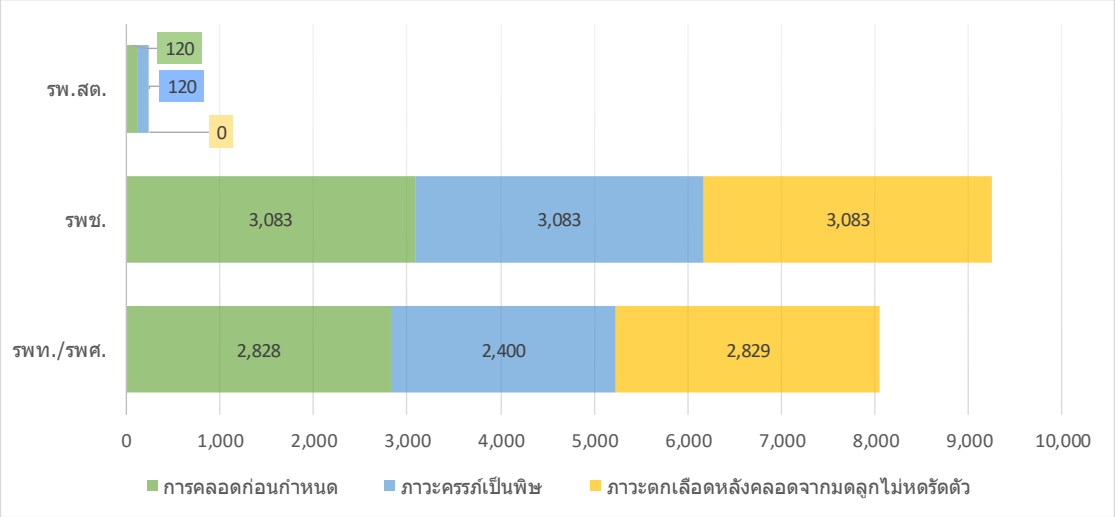


รูปที่ 4 สัดส่วนต้นทุนการดำเนินงานด้านการฝากครรภ์แบ่งตามประเภทต้นทุน

A: การป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labour)

B: การป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia: PE)

C: การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum haemorrhage: PPH)



รูปที่ 5 ต้นทุนเฉลี่ยต่อหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย (หน่วย: บาทต่อหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย)

5.9. สรุปผลการศึกษา

การศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้มาตรฐานคุณภาพในระบบสุขภาพของประเทศไทย พบว่า มาตรฐานคุณภาพน่าจะเป็นมาตรการที่สามารถดำเนินการได้ในลักษณะของข้อแนะนำหรือแนวทางการให้บริการเพื่อป้องกันและลดปัญหาการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และการตกเลือดหลังคลอด โดยประกาศใช้ในสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิขึ้นไป ในขณะนี้ผู้ให้บริการและผู้กำหนดนโยบายยังมีความสับสนเกี่ยวกับ “มาตรฐานคุณภาพ” ซึ่งเป็นคำใหม่ในบริบทประเทศไทย ทั้งนี้ คำว่า “มาตรฐาน” อาจไม่ใช่คำที่เหมาะสมกับบริบทและเป้าประสงค์ของมาตรการ เนื่องจากหากกล่าวถึงมาตรฐานอาจตีความได้ว่าเป็นมาตรการที่หน่วยบริการต้องปฏิบัติตามอย่างไม่มีเงื่อนไข หากสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามอาจมีบทลงโทษ ซึ่งจะกระทบต่อความน่าเชื่อถือของสถานพยาบาล และประชาชนอาจใช้มาตรฐานนี้เป็นสิ่งอ้างอิงเพื่อฟ้องร้องสถานพยาบาลได้ ดังนั้นการใช้คำว่า “มาตรฐานคุณภาพ” จึงมีข้อพึงระวังหลายประการ การสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบว่ามาตรฐานคุณภาพคืออะไร มีวัตถุประสงค์อย่างไร และจะเสริมมาตรการที่มีอยู่ในปัจจุบันอย่างไร จึงเป็นประเด็นที่ผู้ประกาศใช้ต้องให้ความสำคัญ เพื่อลดความเข้าใจผิดและแรงต้านที่อาจเกิดขึ้น สธ. สปสช. และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ควรจะเป็นหน่วยงานหลักที่ประกาศใช้มาตรฐานคุณภาพดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลมีข้อเสนอให้มีการออกแบบมาตรฐานคุณภาพให้เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละระดับของสถานพยาบาลและเฉพาะเจาะจงกับผู้ให้บริการแต่ละระดับ นอกจากนี้ กระบวนการพัฒนาและจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพหรือบริการเพื่อนำมาจัดทำเป็นมาตรฐานคุณภาพก็เป็นสิ่งสำคัญ การระบุขอบเขตของมาตรฐานคุณภาพและการนำไปใช้ประโยชน์ให้ชัดเจนจะช่วยให้กระบวนการพัฒนามีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, Bakken S, Kaplan CP, Squiers L, Fabrizio C, Fernandez M. How we design feasibility studies. Am J Prev Med. 2009;36(5):452-7.
2. รายงานดัชนีราคาผู้บริโภคทั่วไปของประเทศไทย [Internet] กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์การค้า กระทรวงพาณิชย์; 2560 [cited 2017 Dec 14]. Available from: http://www.indexpr.moc.go.th/price_present/TableIndexG_region_y.asp?year_base=2558&nyear=2559&province_code=5&table_name=cpig_index_country&type_code=g&check_f=i&comm_code=4&Submit=+%B5%A1%C5%A7+.
3. ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, ณิชากร ศิริกนกวิไล, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย, ประภัศสิณี โพธิ์สุวรรณ. การศึกษาค่าแรงบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2559.
4. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560. นนทบุรี; 2560.
5. อาทร ริ้วไพบูลย์. รายงานวิจัยรายงานต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2554.
6. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. ราคาอ้างอิงจัดซื้อปกติ (ยา) [Internet] นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2559 [Available from: http://dmsic.moph.go.th/dmsic/index.php?p=1&type=3&s=3&id=drug_normal.
7. รายได้ประชาชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2558 แบบปริมาณลูกโซ่. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2560. Available from: http://www.nesdb.go.th/main.php?filename=ni_page.
8. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559. นนทบุรี; 2559.
9. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center report). จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมด (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) LABOR ปีงบประมาณ 2560 [Internet]. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. 2560 [cited 13 สิงหาคม 2561]. Available from: https://cco.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.

บทที่ 6
อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

6.1. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและกระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ

แนวทางการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง [1, 2] แนะนำกระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ โดยเริ่มจากการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากหน่วยงานที่หลากหลาย เช่น ผู้กำหนดนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ นักวิชาการ บุคลากรด้านสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข นักบัญชี รวมทั้งผู้รับบริการ ผู้ป่วย และภาคประชาสังคม เป็นต้น ทั้งนี้ คณะกรรมการที่ปรึกษามีหน้าที่สำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ กล่าวคือ คณะกรรมการจะให้คำแนะนำในการคัดเลือกประเด็นเพื่อพัฒนาเป็นมาตรฐานคุณภาพ รับรองมาตรฐานคุณภาพ ตลอดจนให้คำแนะนำเกี่ยวกับการนำมาตรฐานคุณภาพไปใช้ในระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การพัฒนามาตรฐานคุณภาพครั้งนี้ไม่ได้แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาอย่างเป็นทางการ เนื่องจากขั้นตอนดังกล่าวต้องใช้เวลามากและติดขัดทางด้านเอกสารประกอบ อย่างไรก็ตามสปสช. ในฐานะผู้ให้ทุนสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพเป็นผู้ให้คำปรึกษา ชี้แนะ และกำกับติดตามกระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพซึ่งมีโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพทำหน้าที่เป็นทีมสนับสนุนด้านวิชาการและเลขานุการของคณะทำงานเพื่อพัฒนามาตรฐานคุณภาพ ทั้งนี้ทีมสนับสนุนด้านวิชาการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญจาก Imperial College London ซึ่งมีประสบการณ์ในการพัฒนามาตรฐานคุณภาพในสหราชอาณาจักร เวียดนาม และอินเดีย การขาดคณะกรรมการที่ปรึกษามีส่วนทำให้กระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพเกิดข้อจำกัดหลายประการ อาทิ ขอบเขตของมาตรฐานคุณภาพที่ไม่ชัดเจน การเลือกประเด็นสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพที่ไม่ตอบโจทย์การใช้งาน เป็นต้น

ทีมสนับสนุนด้านวิชาการได้ปรับเปลี่ยนขั้นตอนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพเพื่อให้ทันต่อระยะเวลาการดำเนินโครงการ โดยทีมสนับสนุนด้านวิชาการได้จัดลำดับความสำคัญและพัฒนาเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญเพื่อคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีการทบทวนวรรณกรรมเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการคัดเลือกและจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อพิจารณาคัดเลือกบริการดังกล่าว จากการประชุมครั้งนั้นพบว่า ที่ประชุมไม่เห็นชอบต่อเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญ เนื่องจากเกณฑ์บางข้อขาดความชัดเจนหรือไม่มีความจำเป็น ทำให้การคัดเลือกบริการจำเป็นต้องใช้ความคิดเห็น การอภิปราย และมติเอกฉันท์จากผู้เข้าร่วมประชุมแทนการใช้เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญ ซึ่งการดำเนินการในลักษณะนี้ทำให้ที่ประชุมอาจไม่ได้พิจารณาข้อมูลอย่างรอบด้าน แต่อาศัยประสบการณ์การทำงานเป็นหลัก บทเรียนในครั้งนี้สามารถนำมาปรับปรุงการทำงานในอนาคต กล่าวคือ หากจะมีการใช้เกณฑ์สำหรับจัดลำดับความสำคัญ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรมีโอกาสอภิปรายและให้ความเห็นชอบต่อเกณฑ์ก่อน หลังจากนั้นทีมสนับสนุนด้านวิชาการจึงจัดเตรียมข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณา ซึ่งหากเพิ่มขั้นตอนนี้เข้ามาในกระบวนการ อาจจะต้องใช้ทรัพยากรและเวลามากขึ้น กระบวนการจัดลำดับความสำคัญในครั้งนี้ ทีมสนับสนุนวิชาการใช้บริการที่อยู่ใน ฉ.10 เป็นตัวตั้งต้นสำหรับการพัฒนาในขั้นต่อมา เนื่องจากโจทย์ในการพัฒนาในครั้งนี้เน้นที่การจัดทำมาตรฐานคุณภาพของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามประกาศฉบับดังกล่าว หากพิจารณาประสบการณ์การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นเพื่อนำมาพัฒนามาตรฐานคุณภาพในสหราชอาณาจักร อินเดีย และเวียดนาม จะพบว่าทั้งสามประเทศล้วนใช้วิธีปัญหาสุขภาพเป็นตัวตั้งต้น โดยสหราชอาณาจักรพัฒนามาตรฐานคุณภาพตาม

ประเด็นปัญหาสุขภาพ เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคเบาหวาน โรคลมชัก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น อินเดียพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับปัญหาการตกเลือดหลังคลอดและภาวะตั้งครรภ์เป็นพิษ [3] เนื่องจากทั้งสองภาวะนี้เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในหญิงตั้งครรภ์ และเวียดนามพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง [4] เนื่องจากโรคนี้เป็นสาเหตุการตายและความพิการที่สำคัญของประเทศเวียดนาม

นอกจากนี้ในกระบวนการร่างและให้ความเห็นต่อมาตรฐานคุณภาพยังขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักที่สำคัญ อาทิ ผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งอาจทำให้มาตรฐานคุณภาพที่พัฒนาขึ้นไม่ได้รับการยอมรับและไม่ได้ถูกนำไปใช้งานจริง

6.2. คำนิยามของมาตรฐานคุณภาพ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้กำหนดนโยบายและผู้ให้บริการบางส่วนมีความเข้าใจไม่ตรงกันต่อคำนิยามของมาตรฐานคุณภาพ หรือ Quality standard (QS) และการนำมาตรฐานคุณภาพไปใช้ประโยชน์ แม้ว่าทีมสนับสนุนด้านวิชาการได้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรผ่านเอกสารประกอบการสัมภาษณ์ร่วมกับการอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลฟังก่อนเริ่มสัมภาษณ์แล้ว แต่การให้ข้อมูลในลักษณะดังกล่าวอาจไม่เพียงพอ ทั้งนี้นิยามของมาตรฐานคุณภาพ คือ ชุดข้อความที่กระชับซึ่งเสนอแนะกลวิธีการให้บริการสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน โดยมาตรฐานคุณภาพ จะเน้นแก้ปัญหาที่มีความสำคัญลำดับต้น ๆ ที่การให้บริการยังมีความหลากหลายและยังไม่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม มาตรฐานคุณภาพสามารถนำไปใช้เป็นคำแนะนำสำหรับสถานพยาบาลว่าบริการที่ส่งมอบควรประกอบด้วยอะไรบ้างเพื่อป้องกันและลดปัญหาสุขภาพ ที่อาจเกิดขึ้นหากไม่มีการให้บริการดังกล่าว

นิยามดังกล่าวสอดคล้องกับนิยามของมาตรฐานคุณภาพ ที่เสนอโดยหน่วยงาน National Institute for Health and Care Excellence (NICE) international ว่าเป็นชุดของข้อความคุณภาพและวิธีวัดคุณภาพของการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพที่ถูกคัดเลือก โดยข้อความคุณภาพเป็นข้อความที่สั้นกระชับ เสนอแนะกลวิธีในการให้บริการ โดยทั่วไปหน่วยงานที่รับผิดชอบจะกำหนดมาตรฐานคุณภาพ 1 ชุดต่อประเด็นปัญหาสุขภาพ 1 ประเด็น เช่น มาตรฐานคุณภาพสำหรับการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง (QS for stroke) เป็นต้น ทั้งนี้ มาตรฐานคุณภาพมิได้ระบุข้อมูลเกี่ยวกับมาตรฐานขั้นต่ำของการให้บริการหรือการประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาพัฒนาข้อความคุณภาพ ขั้นตอนดังกล่าวได้ดำเนินการและถูกระบุไว้แล้วในแนวทางเวชปฏิบัติที่นำมาอ้างอิง [2]

สำหรับประเทศไทย “มาตรฐานคุณภาพ” อาจจะไม่ใช่คำที่เหมาะสมสำหรับใช้สื่อสารกับผู้กำหนดนโยบายและผู้ให้บริการ เนื่องจากคำว่า “มาตรฐาน” อาจมีผลบังคับใช้ทางกฎหมาย และอาจสร้างความสับสนกับมาตรฐานขั้นต่ำของการดำเนินงานที่ถูกกำหนดโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการควบคุมคุณภาพการให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับนิยามและการใช้ประโยชน์จากมาตรฐานคุณภาพในบริบทอื่น ทั้งนี้ QS ในประเทศไทยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ข้อแนะนำว่าการให้บริการที่มีคุณภาพดีมีลักษณะเป็นอย่างไร และบริการใดเป็นบริการที่ควรเน้นเป็นพิเศษ มาตรฐานคุณภาพ 1 เรื่องประกอบด้วยข้อความคุณภาพที่สั้นกระชับ หลายข้อความ โดยหลักการมาตรฐานคุณภาพไม่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้สื่อสารกับแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น

แต่ผู้พัฒนายังพยายามกำหนดข้อความคุณภาพที่ผู้ให้บริการทุกระดับสามารถทำความเข้าใจและปฏิบัติตามได้ QS จึงอาจมองได้ว่าเป็นมาตรการหนึ่งที่ช่วยให้เกิดการปฏิบัติตามข้อแนะนำตามแนวทางเวชปฏิบัติเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเสนอให้ใช้คำว่า ข้อความคุณภาพ แทน มาตรฐานคุณภาพ

6.3. มาตรฐานคุณภาพที่ควรดำเนินการในอนาคต

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนามาตรฐานคุณภาพเกี่ยวกับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยอ้างอิงจากประกาศ ฉ.10 แต่ในความเป็นจริงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการกันอยู่ในปัจจุบันมีความหลากหลายกว่าบริการที่ถูกบรรจุอยู่ในประกาศดังกล่าว ยกตัวอย่างการให้ยา corticosteroid ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อให้ปอดของทารกในครรภ์พัฒนาและป้องกันการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory distress syndrome) ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด และการให้ยา corticosteroid ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งเป็นการบริการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ ไม่อยู่ใน ฉ.10 เนื่องจากยังอยู่ในระหว่างรวบรวมหลักฐานทางวิชาการเพื่อนำยาเข้าสู่การพิจารณาบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ นอกจากนี้การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบางอย่างที่มีประสิทธิผลชัดเจนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าช่วยป้องกันการเกิดโรคได้จริง เช่นการให้ยา progesterone มีประสิทธิผลชัดเจนในการลดการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือการวัดความยาวของปากมดลูกเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ แต่ทั้งยา progesterone และการวัดความยาวของปากมดลูกไม่ได้ถูกบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ไม่สามารถบรรจุการให้ยา progesterone และการวัดความยาวของปากมดลูกในมาตรฐานคุณภาพนี้ได้ ดังนั้นผู้รับผิดชอบบริการเหล่านี้จึงควรนำเสนอมาตรการดังกล่าวเพื่อพิจารณาเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ต่อไป

6.4. ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานอ้างอิงที่ใช้พัฒนามาตรฐานคุณภาพ

การพัฒนามาตรฐานคุณภาพในครั้งนี้เกิดข้ออภิปรายเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงวิชาการที่นำมาอ้างอิง ยกตัวอย่าง ข้อความคุณภาพของการประเมินและจัดการความเสี่ยงแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่มีหลักฐานจากการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ที่มีระดับความน่าเชื่อถือสูงเพื่อยืนยันประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าว อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนามาตรฐานคุณภาพของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งมักเป็นมาตรการที่ซับซ้อน กล่าวคือ มาตรการเหล่านี้มักมีองค์ประกอบภายใต้มาตรการเป็นจำนวนมาก และรูปแบบของมาตรการเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทหรือระยะเวลา ส่งผลให้การทำการศึกษาแบบการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ที่จำเป็นต้องควบคุมมาตรการให้คงที่ระหว่างทำการศึกษาหรือระหว่างบริบทที่มีความแตกต่างกันเป็นไปได้ยากและมักทำให้ผลการศึกษาแบบการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมไม่น่าเชื่อถือ [5] ดังนั้นเพื่อให้การพัฒนามาตรฐานคุณภาพครอบคลุมทั้งบริการด้านการรักษาและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งไม่สามารถหาข้อมูลประสิทธิผลจากการศึกษาแบบการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมที่มีความน่าเชื่อถือสูงมาพิจารณา

ได้ การพัฒนามาตรฐานคุณภาพจึงควรมีการอภิปรายและหาข้อสรุปเกี่ยวกับระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงวิชาการว่าควรยอมรับหลักฐานทางวิชาการระดับใด และภายในมาตรฐานคุณภาพควรเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานทางวิชาการ (levels of evidence) ที่นำมาอ้างอิงในการจัดทำมาตรฐานคุณภาพ และระดับของคำแนะนำ (grades of recommendation)

6.5. การประเมินผลมาตรฐานคุณภาพ

จากการศึกษาความเป็นไปได้และผลกระทบงบประมาณของการใช้มาตรฐานคุณภาพเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพัฒนาคุณภาพการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพบว่า ผู้ให้บริการมองว่าควร มีการประเมินผลของการใช้มาตรฐานคุณภาพในแง่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นก่อนการนำไปใช้จริงและประเมินความเป็นไปได้ของการใช้ตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามการทำงานของผู้ให้บริการ การเลือกวิธีการสำหรับประเมินก่อนการดำเนินงานขึ้นอยู่กับงบประมาณ เวลาที่มี รวมทั้งความพร้อมของระบบข้อมูล หากมีทรัพยากรดังกล่าวไม่เพียงพอ อาจเริ่มติดตามการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดโดยการเปรียบเทียบก่อน-หลังดำเนินการภายในสถานพยาบาลนั้น แต่หากมีทรัพยากรเพียงพอ ผู้ดำเนินโครงการนำร่องอาจพิจารณาประเมินผลงานตามตัวชี้วัดเปรียบเทียบระหว่างสถานพยาบาลที่ดำเนินโครงการนำร่องและสถานพยาบาลที่ไม่ได้ดำเนินการ ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินผลกระทบของโครงการที่น่าเชื่อถือและมีความเข้มแข็งทางวิชาการ [6] โดยปกติการประเมินฯ มักดำเนินการอย่างน้อย 3 เดือนก่อนเริ่มดำเนินโครงการนำร่อง แต่หากมีเวลามากเป็นปี ๆ ยิ่งจะทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความละเอียดมากขึ้น เช่น การใช้รูปแบบการวิเคราะห์แบบ interrupted time series regression เป็นต้น

นอกจากนี้ควรมีการประเมินกระบวนนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติควบคู่ไปกับการปรับปรุงและแก้ไขมาตรฐานคุณภาพเพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถอ้างอิงมาตรฐานคุณภาพในการปฏิบัติงานตลอดจนสามารถใช้ตัวชี้วัดเพื่อประเมินการทำงานของผู้ให้บริการได้ การรายงานผลตามตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพควรใช้ฐานข้อมูลระดับประเทศที่มีความน่าเชื่อถือ หากจะเก็บข้อมูลปฐมภูมิควรเลือกตัวชี้วัดที่ไม่เป็นภาระมากต่อผู้ให้บริการ ทั้งนี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีกระบวนการหารือเพื่อตัดสินใจเลือกใช้ตัวชี้วัดให้เหมาะสม

เมื่อดำเนินการตามมาตรฐานคุณภาพไปเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้วควรมีการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของการใช้มาตรฐานคุณภาพ เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้กำหนดนโยบายได้ทราบว่ามาตรการดังกล่าวมีผลลัพธ์และผลกระทบอย่างไร เป็นไปในทิศทางที่มุ่งหวังหรือไม่ การประเมินส่วนนี้ทำได้ยากและต้องอาศัยเวลามาก แม้ NICE เริ่มมีการพัฒนามาตรฐานคุณภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 แต่การประเมินผลกระทบของการใช้มาตรฐานคุณภาพต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้รับบริการยังมีจำนวนน้อย อีกทั้ง การรายงานผลการดำเนินงานตามมาตรฐานคุณภาพส่วนใหญ่เป็นการรายงานตามตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (process quality measure) เป็นหลัก [7-10] มากกว่าจะประเมินในแง่ของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้รับผิดชอบควรมีการพิจารณาพัฒนาแนวทางการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบไว้ล่วงหน้า เพื่อให้สามารถวางแผนการเก็บข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

6.6. การนำไปใช้และรูปแบบมาตรฐานคุณภาพ

สำหรับการนำมาตรฐานคุณภาพไปใช้ในบริบทของประเทศไทยนั้น มีข้อเสนอแนะให้ออกแบบมาตรฐานคุณภาพให้เหมาะสมกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการในแต่ละระดับ เนื่องจากผู้ให้บริการในแต่ละระดับมีระดับงานในความรับผิดชอบไม่เหมือนกัน ดังนั้นจึงควรแยกมาตรฐานคุณภาพให้เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละระดับของสถานพยาบาล เช่น บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ควรได้รับเอกสารมาตรฐานคุณภาพที่ครอบคลุมเฉพาะงานที่หน่วยงานระดับนั้น ๆ ต้องรับผิดชอบ ในขณะที่มาตรฐานคุณภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ควรจัดทำแยกในรูปแบบแผ่นพับในรูปแบบอินโฟกราฟิกที่เหมาะสมกับบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้มีความรู้ในด้านวิชาชีพ

นอกจากนี้ ข้อความในมาตรฐานคุณภาพที่จะสื่อสารต้องกระชับ กะทัดรัด ได้ใจความ และง่ายต่อการทำความเข้าใจ ซึ่งได้มีการเสนอให้ทำเป็นแผนผังการทำงานสำหรับบุคลากรสาธารณสุข หรือโปสเตอร์ติดผนังโรงพยาบาลเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้อ่านระหว่างรอรับบริการ รวมทั้งอาจมีแผ่นพับในรูปแบบอินโฟกราฟิกหรือแอปพลิเคชันเพื่อเผยแพร่ความรู้ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ในกรณีที่ต้องการศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง ซึ่งข้อเสนอแนะดังกล่าวสอดคล้องกับการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ เรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในรัฐเกรละ ประเทศอินเดีย [3] คณะผู้พัฒนาได้ออกแบบและพิมพ์แผนผังการดำเนินงาน (flowchart) มาติดในสถานพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ให้บริการเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพ รวมทั้งจัดอบรมเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพให้กับบุคลากรในห้องคลอดและหอผู้ป่วยสูติกรรม นอกจากนี้ ประเทศเวียดนามได้พัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ไปใช้ในสถานพยาบาล [4] ซึ่งภายหลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขประเทศเวียดนามได้รับรองและประกาศใช้มาตรฐานคุณภาพแล้ว ผู้รับผิดชอบจัดประชุมเพื่ออภิปรายผลการนำร่องมาตรฐานคุณภาพและการใช้ตัวชี้วัดต่าง ๆ รวมทั้งประชาสัมพันธ์มาตรฐานคุณภาพผ่านสื่อระดับชาติ ได้แก่ การเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข การนำมาตรฐานคุณภาพไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม ทั้งสองประเทศได้นำมาตรฐานคุณภาพไปใช้เพื่อสนับสนุนการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขเป็นหลัก ในขณะที่ข้อเสนอแนะของประเทศไทยนั้น แนะนำให้มีการสื่อสารแก่หญิงตั้งครรภ์ด้วย ดังนั้น การพัฒนาและนำมาตรฐานคุณภาพไปประยุกต์ใช้จึงอาจเริ่มจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นหลัก ส่วนการนำไปประยุกต์ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ควรพิจารณาบริบทและความพร้อมของพื้นที่เป็นลำดับถัดไป ซึ่งมาตรฐานคุณภาพที่อ่านเข้าใจง่ายจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักถึงความสำคัญการดูแลสุขภาพตนเองได้ สำหรับประเด็นด้านช่องทางการสื่อสารมาตรฐานคุณภาพนั้น การศึกษาเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในรัฐเกรละ ประเทศอินเดีย [3] แนะนำว่าภายหลังจากการรับรองมาตรฐานคุณภาพแล้ว ควรมีการเผยแพร่มาตรฐานคุณภาพในช่องทางที่เหมาะสม โดยควรมีการวางแผนการประชาสัมพันธ์และสื่อสารที่เกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรวิชาชีพ ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยและองค์กรสื่อต่าง ๆ ทั้งนี้ การดำเนินการควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศนั้น ๆ สำหรับประเทศไทยอาจพิจารณาสื่อสารมาตรฐานคุณภาพร่วมกับแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข [11] หรือมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กของกรมอนามัย [12]

6.7. ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดของการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ

ข้อจำกัดของการพัฒนามาตรฐานคุณภาพแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือข้อจำกัดในกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ ได้แก่ 1. เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกประเด็นบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความ

หลากหลายและมีความสำคัญแตกต่างกัน แม้โครงการนี้จะมีความพยายามในการจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่ออภิปรายและคัดเลือกเกณฑ์ที่จะใช้ แต่กระบวนการดังกล่าวยังมีข้อจำกัดเนื่องจากผู้เข้าร่วมประชุมมีเวลาในการทำความเข้าใจและอภิปรายเกี่ยวกับเกณฑ์เฉพาะในช่วงการประชุม จึงทำให้ทีมวิชาการฯหาข้อสรุปเกี่ยวกับเกณฑ์ไม่ได้ในทันที และข้อเสนอแนะบางอย่างต้องมีการค้นคว้าเพิ่มเติมประกอบกับการพิจารณาความเป็นไปได้ของแหล่งข้อมูล 2. วิธีการให้คะแนนแบบไม่มีการถ่วงน้ำหนักก็เป็นอาจอีกข้อจำกัดหนึ่งที่ทำให้กระบวนการนี้ไม่ได้สะท้อนคุณค่าที่แท้จริงของเกณฑ์บางตัว 3. การจัดลำดับความสำคัญแบบการให้คะแนนขึ้นอยู่กับคุณภาพและการมีอยู่ของข้อมูล อาจทำให้บริการสุขภาพบางรายการที่มีข้อมูลสนับสนุนไม่เพียงพอได้คะแนนน้อยหรือไม่ได้คะแนน ซึ่งอาจไม่ได้สะท้อนว่าบริการสุขภาพนั้นไม่มีความสำคัญแต่เกิดจากข้อจำกัดของวิธีการที่ใช้ ทีมสนับสนุนวิชาการฯ แก้ปัญหาโดยการใช้ระบบการให้คะแนนร่วมกับการอภิปรายเพื่อคัดเลือกประเด็น 4. การมีส่วนร่วมยังไม่ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักที่มีบทบาทตัดสินใจการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แม้การจัดลำดับความสำคัญฯ ครั้งนี้จะมีผู้ส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมหลากหลาย แต่ยังขาดการแสดงความคิดเห็นอย่างมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักที่มีบทบาทตัดสินใจ เช่น ผู้กำหนดนโยบาย โดยเฉพาะในขั้นตอนการคัดเลือกบริการ จึงควรสนับสนุนให้มีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มนี้ในขั้นตอนดังกล่าว เนื่องจากจะมีผลต่อการพิจารณาขอบเขตของการพัฒนามาตรฐานคุณภาพและขั้นตอนถัดมาที่เกี่ยวข้อง

ข้อจำกัดในกระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ ได้แก่ 1. การกำหนดขอบเขตของการพัฒนามาตรฐานคุณภาพที่ไม่ชัดเจน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคครอบคลุมหลายมิติและมีบริการที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ดังนั้นการระบุขอบเขตของบริการให้ชัดเจนจึงมีความสำคัญเพื่อให้ทีมพัฒนามาตรฐานคุณภาพสามารถวางแผนการดำเนินงานได้ หากมีการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ โดยใช้บริการเป็นตัวตั้งต้นในครั้งถัดไป ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรอภิปรายว่า ข้อความคุณภาพควรเป็นลักษณะใด เช่น มาตรฐานคุณภาพ ของการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์อาจประกอบด้วยขั้นตอนการให้บริการนั้น ตั้งแต่การให้คำปรึกษา การตรวจกรอง การติดตามหญิงตั้งครรภ์เพื่อแจ้งผลการตรวจกรอง การตรวจวินิจฉัย การยุติการตั้งครรภ์ ฯลฯ 2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพและขั้นตอนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพจำกัด เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย ความเข้าใจที่จำกัดนี้อาจส่งผลต่อการพิจารณาให้ความสำคัญและความร่วมมือกับกระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษาความเป็นไปได้และการวิเคราะห์ภาระงบประมาณ

การศึกษาความเป็นไปได้ใช้การสอบถามความคิดเห็นผู้กำหนดนโยบายและผู้ให้บริการเพื่อดูแนวโน้มว่ามาตรฐานคุณภาพจะเป็นประโยชน์และสามารถดำเนินการได้หรือไม่ แต่ไม่ได้ทดลองใช้มาตรฐานคุณภาพในสถานพยาบาล เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลที่ได้สะท้อนประเด็นการยอมรับและการเห็นประโยชน์ที่เกิดจากประสบการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมาของผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น แต่ในประเด็นที่ยังไม่เคยมีการดำเนินการ เช่น การคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ผู้ให้บริการอาจนึกภาพบริการที่จะเปลี่ยนไปไม่ออก จึงอาจทำให้ข้อมูลต้นทุนที่บันทึกได้ในการศึกษาครั้งนี้อาจต่ำกว่าต้นทุนการปฏิบัติงานจริง

สำหรับข้อจำกัดด้านการวิเคราะห์ภาระงบประมาณ ได้แก่ ข้อมูลจำนวนการใช้บริการมาจากการประมาณการของผู้ให้บริการ ไม่ได้นำมาจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลที่ได้มากกว่าหรือน้อยกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ ต้นทุนและค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายทางตรง ค่าวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้ ซึ่งรวมถึงต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ที่ใช้ แต่การศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปในการอบรมบุคลากร ค่าพัฒนาแผนการดำเนินงาน หรือการซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่น ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลที่เก็บไม่ได้หากไม่ได้ทดลองใช้มาตรฐานคุณภาพ ดังนั้น ภาระงบประมาณที่ทีมสนับสนุนด้านวิชาการวิเคราะห์มาอาจต่ำกว่าความเป็นจริง หากมีการนำมาตรฐานคุณภาพไปนำร่องหรือใช้ในอนาคต ควรมีการเก็บข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการในแต่ละบริการ (unit cost of services) ก่อนการนำเอามาตรฐานคุณภาพมาใช้ ซึ่งจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวผลักดันต้นทุนและเปรียบเทียบข้อมูลต้นทุนก่อนและหลังการมีมาตรฐานคุณภาพได้เที่ยงตรงกว่า

อนึ่ง ในอนาคตควรมีการนำมาตรฐานคุณภาพไปทดลองใช้จริงก่อนการศึกษาความเป็นไปได้และภาระงบประมาณ ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลความเป็นไปได้ ปัญหาอุปสรรค ต้นทุน ฯลฯ ที่ชัดเจนและถูกต้องมากขึ้น

6.8. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานผู้รับผิดชอบพัฒนา รับรองและประกาศใช้มาตรฐานคุณภาพควรเป็นราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. เนื่องจากทั้งสามหน่วยงานมีบทบาทโดยตรงในการพัฒนาคุณภาพบริการและให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่หน่วยงานอื่น ๆ
2. หน่วยงานที่ประกาศใช้มาตรฐานคุณภาพควรประกาศคำนิยามและวัตถุประสงค์ของมาตรฐานคุณภาพให้ชัดเจนว่ามาตรฐานคุณภาพเป็นเพียงคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ซึ่งมาตรฐานคุณภาพไม่ใช่ข้อบังคับทางกฎหมาย ดังนั้นการที่ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพเนื่องจากข้อจำกัดบางอย่าง ไม่ใช่การกระทำที่ผิดกฎหมายหรือจะได้รับการลงโทษ
3. รูปแบบของมาตรฐานคุณภาพควรจะปรับให้เหมาะสมกับหน่วยบริการสุขภาพแต่ละระดับ เช่น มาตรฐานคุณภาพที่จะใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่ควรเกี่ยวข้องกับการรักษาเนื่องจากเป็นบริการที่เกินขีดความสามารถของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ควรจัดทำแผนผังมาตรฐานคุณภาพที่แสดงให้เห็นการเชื่อมโยงของบริการในทุกระดับของหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งแผนผังนี้จะใช้ในสถานพยาบาลทุกระดับ
4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณามาตราการที่มีประสิทธิผลชัดเจนและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าช่วยป้องกันการเกิดโรคได้จริงเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพสามารถให้บริการได้ เช่น มาตราการการให้ยา progesterone และการวัดความยาวของปากมดลูก

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute for Health and Care Excellence International. Principles for developing clinical Quality Standards in low and middle income countries: A Guide, Version 1. London; 2014.
2. National Institute for Health and Care Excellence International. Principles for developing clinical Quality Standards in low and middle income countries: A Guide, Version 2. London; 2015.
3. Vlad I, Paily VP, Sadanandan R, Cluzeau F, Beena M, Nair R, Newbatt E, Ghosh S, Sandeep K, Chalkidou K. Improving quality for maternal care - a case study from Kerala, India. F1000Res. 2016;5:166.
4. Ministry of Health Vietnam, Vietnam Health Economics Association, NICE International. Quality standards for the hospital management of stroke in Vietnam. Hanoi: Ministry of Health Vietnam; 2014.
5. Medical Research Council. A framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health. London; 2000.
6. Wagner AK, Soumerai SB, Zhang F, Ross-Degnan D. Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. J Clin Pharm Ther. 2002;27(4):299-309.
7. Uptake data [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; unknown date [cited 2018 Aug 22]. Available from: https://www.nice.org.uk/About/What-we-do/Into-practice/Measuring-the-uptake-of-NICE-guidance/Uptake-data.
8. National Institute for Health and Care Excellence. NICE impact falls and fragility fractures. London; 2018.
9. National Institute for Health and Care Excellence. NICE impact maternity. London; 2018.
10. National Institute for Health and Care Excellence. NICE impact cancer. London; 2018.
11. คณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์; 2559.
12. กลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก. นนทบุรี; 2560.

ภาคผนวกที่ 1

รายงานการประชุมคณะทำงานพัฒนามาตรฐานคุณภาพ

เรื่องที่ 1 รายงานการประชุมเพื่อคัดเลือกประเด็นปัญหาของบริการฝากครรภ์สำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

วันพุธที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2560 เวลา 09.00 – 12.00 น.

ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1)	นางบำรุง ชลอเดช	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2)	ผศ. ดร. พญ.ภัทรวลัย ตลึงจิตร	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3)	รศ. พญ.สุพัตรา ศิริโชติยกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4)	นางสาวฉวีวรรณ ต้นพุดซา	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
5)	ทพญ.สุวรรณา เอื้ออรรถการุณ	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
6)	นพ.ธนะรัตน์ อิ่มสุวรรณศรี	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์
7)	รศ. นพ.พัญญู พันธ์บูรณะ	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
8)	ดร. ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
9)	ดร.รุ่งนภา รุ่งคำผาง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
10)	ดร. พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
11)	นางสาวศรวณีย์ ทนุชิต	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
12)	นายสรายุทธ ขันธะ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
13)	ภญ.พรธิดา หัดโนนตุ่น	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
14)	นสภ.เกวลี สวัสดี	นิสิตเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เริ่มประชุม เวลา 09.00 น.

ดร.รุ่งนภา คำผาง หัวหน้าคณะผู้ดำเนินโครงการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระยะที่ 2 กล่าวเปิดประชุมและกล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม ดังนี้ 1) เพื่อคัดเลือกประเด็นปัญหาของบริการฝากครรภ์สำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพ และ 2) เพื่อขอข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับบริการฝากครรภ์ และเริ่มการนำเสนอเกณฑ์การคัดเลือกประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อพัฒนามาตรฐานคุณภาพที่ผ่านการ

เห็นชอบจากที่ประชุมวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ณ ห้องประชุมสานใจ 2 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย 1) คุณภาพของบริการสุขภาพ 2) ภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ 3) ความแตกต่างในการให้และรับบริการสุขภาพ และ 4) การมีแนวทางเวชปฏิบัติหรือแนวทางการให้บริการสุขภาพ ที่ประชุมเห็นด้วยและไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อเกณฑ์ดังกล่าว

ลำดับถัดมา ดร.รุ่งนภา คำผาง และดร. พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี นำเสนอข้อมูลประกอบเกณฑ์การคัดเลือกบริการย่อยของบริการฝากครรภ์เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการคัดเลือกบริการย่อย 3 บริการจากทั้งหมด 6 บริการ ได้แก่ 1) การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ 2) การตรวจร่างกายและการตรวจครรภ์ 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น 4) การให้การดูแล รักษา ป้องกัน เรื่องการให้กรดโฟลิก ธาตุเหล็กและไอโอดีน 5) การตรวจคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และ 6) การให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ (โรงเรียนพ่อแม่) ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะและประเด็นสอบถาม ดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลประกอบเกณฑ์การคัดเลือก

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลประกอบเกณฑ์การคัดเลือกและเสนอให้แก้ไขรายละเอียดของข้อมูล ดังนี้

1.1. เกณฑ์ด้านภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพของการตรวจหมู่เลือด

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้เปลี่ยนข้อมูลประกอบเกณฑ์ด้านภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพของการตรวจหมู่เลือด ABO และ Rh จากการใช้ปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะอาการเลือดออกในมารดาเป็นปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (neonatal hyperbilirubinemia)

1.2. คำนิยามของ highly active antiretroviral therapy (HAART)

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้เปลี่ยนคำนิยามของ highly active antiretroviral therapy (HAART) จาก “ยาต้านหลายชนิดพร้อมกัน” เป็น “ยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง”

1.3. เกณฑ์ด้านคุณภาพของบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ HIV

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้เปลี่ยนข้อความจาก “การสำรวจในปี พ.ศ. 2558” เป็น “รายงานจากโปรแกรม perinatal HIV intervention monitoring system (PHIMS) ในปี พ.ศ. 2558”

2. รูปแบบของมาตรฐานคุณภาพ

ที่ประชุมบางส่วนเสนอให้พัฒนามาตรฐานคุณภาพที่ครอบคลุมบริการฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ทั้งหมดหรืออาจเรียกว่ารูปแบบ procedure-oriented เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของกระบวนการและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในทางปฏิบัติ แต่ที่ประชุมบางส่วนเห็นว่าการพัฒนามาตรฐานคุณภาพที่ครอบคลุมบริการฝากครรภ์ทั้งหมดอาจจะไม่สามารถแก้ปัญหาคุณภาพของการให้บริการที่มีปัญหาด้านคุณภาพได้จริงและควรตั้งเป้าหมายไปยังบริการที่คุณภาพของการให้บริการยังไม่ได้ตามเกณฑ์

มาตรฐานหรืออาจเรียกว่ารูปแบบ disease-oriented ซึ่งการตั้งเป้าหมายในลักษณะดังกล่าวจะช่วยให้ง่ายต่อการวัดผลลัพธ์และช่วยให้ครอบคลุมบริการย่อยที่เกี่ยวข้องในทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์อีกด้วย

3. กลุ่มเป้าหมายของมาตรฐานคุณภาพ

ที่ประชุมสอบถามถึงกลุ่มเป้าหมายของมาตรฐานคุณภาพ คณะผู้ดำเนินโครงการชี้แจงว่ามาตรฐานคุณภาพเน้นไปที่การพัฒนาคุณภาพของการให้บริการของสถานบริการระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

ภายหลังการพิจารณาข้อมูลประกอบเกณฑ์การคัดเลือกบริการย่อยของบริการฝากครรภ์และอภิปรายเกี่ยวกับรูปแบบของมาตรฐานคุณภาพ ดร.รุ่งนภา คำผางกล่าวสรุปว่ามาตรฐานคุณภาพจะถูกพัฒนาในรูปแบบ disease-oriented ที่ครอบคลุมบริการย่อยทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัญหาสุขภาพที่ถูกคัดเลือกและขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านเสนอบริการฝากครรภ์ที่ควรนำไปพัฒนามาตรฐานคุณภาพเป็น 3 อันดับแรก โดยที่ประชุมมีมติเป็นเอกฉันท์ว่าบริการที่ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ 1) บริการเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (preterm labor) 2) บริการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) และ 3) บริการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) เนื่องจากเป็นปัญหาสำคัญของการให้บริการฝากครรภ์ในปัจจุบันและครอบคลุมปัญหาของทั้งมารดาและทารก โดยที่มาตรฐานคุณภาพควรครอบคลุมกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยและคำนึงถึงบริบทของสถานบริการในแต่ละพื้นที่ ยกตัวอย่างเช่น กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดของสถานบริการที่อยู่ไกลหรืออยู่ในพื้นที่เดินทางไม่สะดวกย่อมแตกต่างกับสถานบริการที่อยู่ใกล้กว่า เป็นต้น

จากนั้น ดร.รุ่งนภา คำผาง สอบถามที่ประชุมถึงแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับบริการดังกล่าว ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะว่า ในปัจจุบันประเทศไทยมีเพียงแนวเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเท่านั้นซึ่งเป็นแนวเวชปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำมาใช้อ้างอิงเพื่อพัฒนามาตรฐานคุณภาพได้ อย่างไรก็ตามที่ประชุมมีข้อกังวลเกี่ยวกับการตรวจวัดความยาวปากมดลูกซึ่งเป็นวิธีการพยากรณ์การคลอดก่อนกำหนดวิธีหนึ่งว่าอาจจะไม่สามารถระบุเป็นส่วนหนึ่งในมาตรฐานคุณภาพได้เนื่องจากในทางปฏิบัติถือว่าเป็นวิธีที่ยาก ต้องใช้บุคลากรที่มีทักษะและการตรวจยังทำได้ไม่ถูกต้องในหลายพื้นที่

ท้ายที่สุด ดร.รุ่งนภา คำผาง ได้อธิบายถึงแผนการดำเนินโครงการในระยะต่อไป คือการพัฒนามาตรฐานคุณภาพของบริการเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและขอความอนุเคราะห์ที่ประชุมเพื่อเข้าร่วมประชุมในครั้งถัดไปที่จะมีขึ้นในวันพุธที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2561 เวลา 09.00 – 12.00 น. ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ปิดการประชุม เวลา 12.00 น.

ภญ.พรธิดา หัดโนนตุ่น	ดร.รุ่งนภา คำผาง
ผู้สรุปการประชุม	ผู้ตรวจรายงานการประชุม

เรื่องที่ 2 รายงานการประชุมเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อร่างมาตรฐานคุณภาพบริการสำหรับป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

วันพุธที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2561 เวลา 09.00 – 12.00 น.
ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1)	นางปิยนุช โปร่งฟ้า	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2)	รศ. นพ.พัญญู พันธ์บูรณะ	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
3)	รศ. นพ.ถวัลย์วงค์ รัตนสิริ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4)	ผศ. ดร. พญ.ภัทรวลัย ตลึงจิตร	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5)	นางโสพรรณ เรืองเจริญ	โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
6)	นพ.ธนะรัตน์ อิ่มสุวรรณศรี	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์
7)	นางสาวฉวีวรรณ ต้นพุดซา	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
8)	ทพญ.วรางคนา เวชวิธี	สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
9)	นพ.บุญฤทธิ์ สุขรัตน์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
10)	ดร. ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
11)	ดร.รุ่งนภา รุ่งคำผาง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
12)	ดร. พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
13)	นางสาวศรวณีย์ ทนุชิต	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
14)	นายสรายุทธ ขันธะ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
15)	ภญ.พรธิดา หัดโนนตุ่น	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
16)	นสภ.เกวลี สวัสดี	นิสิตเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เริ่มประชุม เวลา 09.00 น.

ดร.รุ่งนภา คำผาง หัวหน้าคณะผู้ดำเนินโครงการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระยะที่ 2 กล่าวเปิดประชุมและกล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุมในครั้งนี้เพื่อทบทวนและให้ข้อเสนอแนะต่อร่างข้อความคุณภาพสำหรับป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยร่างข้อความคุณภาพนี้จะใช้ในบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ลำดับถัดมา ดร.รุ่งนภา คำผาง และ ดร. พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี นำเสนอร่างข้อความคุณภาพสำหรับป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน

กำหนด เพื่อให้ที่ประชุมให้ข้อเสนอแนะต่อร่างข้อความคุณภาพดังกล่าว โดยร่างข้อความคุณภาพสำหรับป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 6 ข้อความคุณภาพ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4) การให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Prophylactic progesterone) เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 5) การให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) เพื่อกระตุ้นการทำงานของปอดทารกในครรภ์ 6) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ประชุมมีข้ออภิปรายและเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

ที่ประชุมอภิปรายเกี่ยวกับขอบเขตของมาตรฐานคุณภาพว่าครอบคลุมเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ คณะผู้ดำเนินโครงการอภิปรายว่าการพัฒนามาตรฐานคุณภาพครั้งนี้เน้นที่บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งเกิดขึ้นส่วนใหญ่ที่หน่วยบริการปฐมภูมิโดยดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามผู้เข้าประชุมส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเกิดขึ้นในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ จึงเสนอให้เพิ่มข้อความที่แสดงว่าข้อความคุณภาพแต่ละข้อความเหมาะสมกับหน่วยบริการสุขภาพระดับใด

1. ข้อความคุณภาพที่ 1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขร่างมาตรฐานคุณภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1. ข้อความคุณภาพ

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้เปลี่ยนข้อความคุณภาพ จาก “หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” นอกจากนี้ที่ประชุมเสนอให้มีการประเมินหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงทุกครั้งที่หญิงตั้งครรภ์มารับบริการ ซึ่งอาจทำเป็นรายการ (check-list) ให้เลือกตอบระหว่างรอรับบริการ

1.2. หลักการและเหตุผล

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้เปลี่ยนข้อความจาก “โดยคำนวนจากประวัติการเป็นประจำเดือนครั้งสุดท้าย” เป็น “โดยคำนวณอายุครรภ์จากประวัติการเป็นประจำเดือนครั้งสุดท้ายหรือตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ” เพราะมีบางกรณีที่ประวัติการเป็นประจำเดือนครั้งสุดท้ายไม่ชัดเจนจึงทำให้แพทย์จำเป็นต้องประเมินอายุครรภ์จากการ ultrasound และ ตัดข้อความ “บางราย” ออก เพราะหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มีความเสี่ยงควรได้รับข้อมูล

1.3. การวัดคุณภาพ

ที่ประชุมเสนอให้เพิ่มรายละเอียดและเสนอให้แก้ไขข้อมูลการวัดคุณภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ด้านกระบวนการ

1) เสนอให้คงตัวชี้วัดด้านกระบวนการไว้เหมือนเดิม เพราะในแต่ละพื้นที่มีบริบทไม่เหมือนกัน การวัดเพียงผลลัพธ์อาจไม่ได้แปลว่ามีการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์จริง นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์บางรายมาคลอดที่โรงพยาบาลแต่อาจไม่เคยมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหรือฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลอื่นมาก่อน ดังนั้น การวัดคุณภาพแค่ผลลัพธ์อาจยังไม่พอ

ด้านผลลัพธ์

1) เพิ่มการวัดความเข้าใจต่อข้อมูล แต่อาจไม่ต้องระบุรูปแบบในการวัด เพราะการวัดขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่และวิธีวัดต้องออกแบบให้เหมาะสมกับหน่วยบริการสุขภาพในแต่ละระดับ เช่น แบบทดสอบหลังการอบรม (Post-Test) เป็นต้น
2) เพิ่มการวัดคุณภาพบริการ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกเปิดมากกว่าหรือเท่ากับ 1 เซนติเมตรเมื่อมาถึงห้องคลอด เพราะเป็นการแสดงถึงความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อข้อมูลที่ได้รับและตัดสินใจมาโรงพยาบาลได้อย่างทันเวลา นอกจากนี้การวัดปากมดลูกจะทำโดยบุคลากรห้องคลอด จึงช่วยลดอคติ (bias) ในการประเมินผลได้อีกด้วย

1.4. ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

ที่ประชุมเสนอให้เพิ่มรายละเอียดของข้อมูลผลกระทบของข้อความคุณภาพและเสนอให้แก้ไขรายละเอียดของข้อมูล ดังนี้

1) ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อกลุ่มผู้ให้บริการ เสนอให้เปลี่ยนข้อความจาก “พยาบาลผดุงครรภ์และสูติแพทย์” เป็น “พยาบาลและแพทย์”
2) ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อกลุ่มผู้รับบริการ ที่ประชุมบางส่วนมีความกังวลเกี่ยวกับการลงลายมือชื่อรับทราบข้อมูลว่าจะทำได้จริงไหม เพราะจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์มีจำนวนมาก แต่ที่ประชุมบางส่วนให้ความเห็นว่าการลงลายมือชื่อเป็นสัญญาใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ท้ายที่สุดที่ประชุมสรุปให้ตัดข้อความ “การลงลายมือชื่อ” ออกเพราะอาจทำไม่ได้ในบริบทการทำงานจริง

1.5. นิยามศัพท์

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขนิยามศัพท์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ลบนิยามศัพท์ “การตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 2” เนื่องจากที่ประชุมเสนอให้เปลี่ยนข้อความคุณภาพจากไตรมาส 2 เป็นฝากครรภ์ครั้งแรก
2) เปลี่ยนข้อความจาก “อาการ ได้แก่” และ “อาการแสดง ได้แก่” เป็น “อาการและอาการแสดง ได้แก่”
3) ตัดข้อความ “หรือปวดตลอด” ออก
4) ตัดข้อความ “ท้องเสียหรือลำไส้บิดตัวจนปวดท้อง” ออก
5) เปลี่ยนข้อความจาก “มดลูกบีบตัวแรงขึ้น” เป็น “มดลูกหดรัดตัว”

2. ข้อความคุณภาพที่ 2 การประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขร่างมาตรฐานคุณภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1. ข้อความคุณภาพ

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้เปลี่ยนข้อความคุณภาพ จาก “หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยบริการสุขภาพควรได้รับการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกที่หน่วยบริการสุขภาพควรได้รับการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด”

2.2. หลักการและเหตุผล

ที่ประชุมเสนอให้เปลี่ยนข้อความจาก “จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเจ็บครรภ์คลอดและคลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ถัดมา” เป็น “จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยง”

2.3. การวัดคุณภาพ

ที่ประชุมเสนอให้เพิ่มรายละเอียดและเสนอให้แก้ไขข้อมูลการวัดคุณภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ด้านกระบวนการ

1) เปลี่ยนข้อความจาก “ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” เป็น “ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกที่หน่วยบริการสุขภาพได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด”
2) เพิ่มร้อยละการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ด้านผลลัพธ์

1) ให้เพิ่มลำดับเลขหน้าหัวข้อแต่ละตัวชี้วัดเพื่อให้อ่านง่ายขึ้น เช่น 1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์ และ 2. ร้อยละของทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์

2.4. นิยามศัพท์

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้ตรวจสอบความถูกต้องและให้แก้ไขนิยามศัพท์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ให้ความหมายของนิยามศัพท์ “หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” เฉพาะความเสี่ยงที่พบในการฝากครรภ์ครั้งแรกและที่เคยมีประวัติเท่านั้น ไม่ใช้ความเสี่ยงที่ต้องตรวจร่างกายหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพราะอาจเกิดปัญหาในการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
2) ตัดข้อความ “ภาวะปากมดลูกสั้น (short cervix) น้อยกว่า 25 มม. จากการอัลตราซาวด์ ทางช่องคลอดในระหว่างที่มีอายุครรภ์ $16^{0/7}$ ถึง $24^{6/7}$ สัปดาห์” ออก เพราะการวัดภาวะปากมดลูกสั้นยังไม่สามารถทำได้ในหลายพื้นที่เนื่องจากเป็นวิธีที่ใช้ความแม่นยำและความชำนาญสูง โดยแพทย์จะใช้วิธีการประเมินจากประวัติด้านอื่น ๆ แทน นอกจากนี้การอัลตราซาวด์ทางช่องคลอดในหน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งทั่วประเทศเป็นไปได้ยาก
3) เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ น้ำหนักน้อยก่อนการตั้งครรภ์ มีภาวะโลหิตจาง และประวัติภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ เช่น โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และโรคไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น

3. ข้อความคุณภาพที่ 3 การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขร่างมาตรฐานคุณภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1. ข้อความคุณภาพ

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้เปลี่ยนข้อความคุณภาพ จาก “หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีผลการประเมินที่แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรได้รับการส่งต่อไปฝากครรภ์ที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีผลการประเมินที่แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ”

3.2. หลักการและเหตุผล

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้เปลี่ยนข้อความจาก “ไปฝากครรภ์” เป็น “ไปดูแล” และตัดข้อความ “ซึ่งมีความพร้อมในการดูแล” ออก

3.3. การวัดคุณภาพ

ให้เพิ่มลำดับเลขหน้าหัวข้อแต่ละตัวชี้วัดเพื่อให้อ่านง่ายขึ้น ได้แก่ 1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะเจ็บครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์ และ 2. ร้อยละของทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์

3.4. นิยามศัพท์

1) ให้แก้ไขนิยาม “หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” ให้ตรงกับข้อความคุณภาพที่ 2
2) เปลี่ยนข้อความจาก “หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยส่งต่อระดับต้น (First-level referral hospital) ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) 90 - 120 เตียง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) 60 - 90 เตียง และ โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) 30 - 60 เตียง” เป็น “หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป”

3.5. เอกสารอ้างอิง เปลี่ยนข้อความจาก “สูตินารีแพทย์” เป็น “สูตินรีแพทย์”

4. ข้อความคุณภาพที่ 4 การให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Prophylactic progesterone) เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ที่ประชุมเสนอให้ตัดข้อความคุณภาพที่ 4 ออก เพราะในปัจจุบันบริการให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการสุขภาพ และมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ไม่ได้จัดอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตาม ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) และหน่วยบริการสุขภาพบางแห่งไม่มีการเก็บสำรองฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน

5. ข้อความคุณภาพที่ 5 การให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) เพื่อกระตุ้นการทำงานของปอดทารกในครรภ์

5.1. ข้อความคุณภาพ

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้เปลี่ยนข้อความคุณภาพจาก “หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง $24^{0/7}$ ถึง $34^{0/7}$ สัปดาห์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) เพื่อกระตุ้นให้การทำงานของปอดทารกในครรภ์สมบูรณ์ก่อนส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิด” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) เพื่อกระตุ้นให้การทำงานของปอดทารกในครรภ์สมบูรณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ”

5.2. การวัดคุณภาพ

ด้านกระบวนการ

1) เพิ่ม “ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์อย่างน้อย 1 ครั้ง” ในตัวชี้วัดด้านกระบวนการ

5.3. นิยามศัพท์

1) เพิ่มข้อความ “และ” ในนิยามศัพท์ “การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (true preterm labour)” เพราะการวินิจฉัยต้องมีอาการเหล่านี้ร่วมกัน
2) เพิ่มเอกสารอ้างอิงของนิยามศัพท์ “การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด”

6. ข้อความคุณภาพที่ 6 การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

6.1. ข้อความคุณภาพ

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้เปลี่ยนข้อความคุณภาพ จาก “หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ และได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ และคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิด ภายใน 24 ชั่วโมง” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ และคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ ภายใน 24 ชั่วโมง”

6.2. การวัดคุณภาพ

ที่ประชุมเสนอให้เพิ่มรายละเอียดและเสนอให้แก้ไขข้อมูลการวัดคุณภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ด้านผลลัพธ์

1) เปลี่ยนข้อความจาก “ร้อยละของทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่เสียชีวิต” เป็น “ร้อยละของทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่เสียชีวิตหลังจากได้รับการดูแลในห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ”
2) เปลี่ยนข้อความจาก “ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่เสียชีวิต” เป็น “ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่เสียชีวิตหลังจากได้รับการดูแลในห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ”
3) เปลี่ยนข้อความจาก “ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ทุกราย” เป็น “ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ทุกรายที่ได้รับการดูแลในห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ”
4) ที่ประชุมมีข้อกังวลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัดจากฐานข้อมูลทุติยภูมิ 43 แฟ้ม เพราะฐานข้อมูลดังกล่าวอาจมีข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง เนื่องจากการกรอกข้อมูลไม่ได้มีผลกับการเบิกจ่ายเงิน จึงเสนอให้เก็บข้อมูลปฐมภูมิจากหน่วยบริการสุขภาพแทน
5) เพิ่ม “ร้อยละของทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น 1) โรคเลือดออกในโพรงสมอง (intraventricular haemorrhage) เป็นต้น โดยคณะผู้ดำเนินโครงการควรไปทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมถึงภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่หน่วยบริการสุขภาพต้องบันทึกสำหรับเบิกจ่ายเงิน และข้อมูลดังกล่าวมีความถูกต้องสูง เพราะบันทึกตามระบบรหัสโรคและรหัสปัญหาสุขภาพ (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision: ICD-10)

ภายหลังการพิจารณาร่างข้อความคุณภาพ ดร.รุ่งนภา คำผาง แจ้งในที่ประชุมว่าคณะผู้ดำเนินโครงการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระยะที่ 2 จะทำการแก้ไขร่างข้อความคุณภาพตามข้อเสนอแนะของที่ประชุม และส่งให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งทางอีเมล

ท้ายที่สุด ดร.รุ่งนภา คำผาง ได้อธิบายถึงแผนการดำเนินโครงการในระยะต่อไป คือ การพัฒนาร่างข้อความคุณภาพของบริการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษและการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และขอความอนุเคราะห์ที่ประชุมเพื่อเข้าร่วมประชุมในครั้งถัดไปที่จะมีขึ้นในวันพุธที่ 28 กุมภาพันธ์ 2561 เวลา 09.00 – 12.00 น. ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ปิดการประชุม เวลา 12.00 น.

นางสาวศรวณีย์ ทนุชิต
ผู้สรุปการประชุม

ดร.รุ่งนภา คำผาง
ผู้ตรวจรายงานการประชุม

เรื่องที่ 3 รายงานการประชุมเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษและการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

วันพุธที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 เวลา 09.00 – 12.00 น.
ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1)	ศ. พญ.สุพัตรา ศิริโชติยะกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2)	รศ. นพ.พัญญู พันธ์บูรณะ	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
3)	นางโสพรรณ เรืองเจริญ	โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
4)	นพ.ธนะรัตน์ อิ่มสุวรรณศรี	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์
5)	ดร. ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
6)	ดร.รุ่งนภา รุ่งคำผาง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
7)	ภญ.สุธาสินี คำหลวง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
8)	ดร. พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
9)	นางสาวศรวณีย์ ทนุชิต	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
10)	นายสรายุทธ ขันธะ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
11)	ภญ.พรธิดา หัดโนนตุ่น	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เริ่มประชุม เวลา 09.00 น.

ดร.รุ่งนภา คำผาง หัวหน้าคณะผู้ดำเนินโครงการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระยะที่ 2 กล่าวเปิดประชุมและกล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุมในครั้งนี้เพื่อทบทวนและให้ข้อเสนอแนะต่อร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษและการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยร่างมาตรฐานคุณภาพนี้จะมุ่งเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคลำดับถัดมา ดร.รุ่งนภา คำผาง ภญ.สุธาสินี คำหลวง และดร. พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี นำเสนอร่างมาตรฐานคุณภาพทั้ง 2 เรื่องดังกล่าว โดยร่างมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษประกอบด้วย 7 ข้อความคุณภาพ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง 2) การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ 3) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ 4) การป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ 5) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ 6) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง และ 7) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต และร่างมาตรฐานคุณภาพ

สำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 3 ข้อความคุณภาพ ได้แก่ 1) การประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว 2) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว และ 3) การให้ยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ ที่ประชุมได้อภิปรายและให้ข้อเสนอแนะดังนี้

มาตรฐานคุณภาพสำหรับป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ

ข้อความคุณภาพ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

ที่ประชุมได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการวัดคุณภาพโดยข้อมูลสำหรับการวัดด้านกระบวนการหรือด้านผลลัพธ์ที่ใช้ข้อมูลตัวตั้งและตัวหารอาจจะมีอยู่จำกัดหรือไม่มีข้อมูล เนื่องจากหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงที่วางแผนการตั้งครรภ์และรับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์มีจำนวนน้อย ซึ่งส่วนใหญ่จะเข้ารับบริการเมื่อตั้งครรภ์แล้วและเป็นการฝากครรภ์ครั้งแรก ถ้าหากต้องการข้อมูลจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงเข้ารับข้อมูลที่หน่วยบริการสุขภาพมีความจำเป็นต้องมีการสำรวจและบันทึกในเวชระเบียนทุกครั้งซึ่งถือเป็นการเพิ่มภาระงานให้เจ้าหน้าที่ ทำให้ข้อความคุณภาพนี้อาจจะอยู่นอกเหนือขอบเขตของการฝากครรภ์คุณภาพและอาจจะเป็นไปไม่ได้ในทางปฏิบัติ

ข้อความคุณภาพ 2) การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

ที่ประชุมเสนอให้เพิ่มข้อความคุณภาพจาก “หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ รวมทั้งควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงจากภาวะครรภ์เป็นพิษ” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ รวมทั้ง*หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษสูง*ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงจากภาวะครรภ์เป็นพิษ” เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงต่ำต่อภาวะครรภ์เป็นพิษอาจจะไม่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงจากภาวะครรภ์เป็นพิษหรือถ้าได้รับข้อมูลอาจจะลืมได้ จึงควรให้ข้อมูลเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง

อีกทั้งที่ประชุมเสนอให้มีนิยามศัพท์ของคำว่า “การจัดการความเสี่ยง” เพื่อให้มีความชัดเจนและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง แต่ทั้งนี้นิยามศัพท์ของอาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษอาจจะเกินขอบเขตของข้อความคุณภาพนี้ เนื่องจากเป็นการฝากครรภ์ครั้งแรกซึ่งการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษอาจจะเกิดเมื่ออายุครรภ์ที่ 30 สัปดาห์ จึงควรให้ข้อมูลนี้เมื่อพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษแล้ว อีกทั้งนิยามศัพท์ของความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษจะมีความแตกต่างขึ้นอยู่กับคู่มือหรือแนวทางเวชปฏิบัติ ที่ประชุมจึงเสนอให้ใช้นิยามศัพท์ของความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษโดยมีปัจจัยอย่างใดอย่างหนึ่งโดยไม่แยกความเสี่ยงระดับกลางและความเสี่ยงระดับสูง อย่างไรก็ตามนิยามศัพท์เป็นการระบุคำแนะนำกว้าง ๆ เพื่อให้แต่ละพื้นที่สามารถปรับใช้ได้ตามความเหมาะสม

ที่ประชุมเสนอให้พิจารณาการวัดคุณภาพด้านผลลัพธ์ เนื่องจากการประเมินความเสี่ยงอาจจะไม่สามารถป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้ แต่จะเป็นการเฝ้าระวังการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษและเป็นการป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง ที่ประชุมจึงเสนอให้เปลี่ยนการวัดคุณภาพด้านผลลัพธ์จาก

“ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกมีภาวะครรภ์เป็นพิษ” เป็น “ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์มีภาวะครรภ์เป็นพิษ*ระดับรุนแรง*” ทั้งนี้การวัดคุณภาพด้านผลลัพธ์โดยใช้ความเข้าใจอาจจะคงไว้และนำไปสอบถามถึงความเป็นไปได้จากผู้ปฏิบัติงานจริงในลำดับต่อไป

ข้อความคุณภาพ 3) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

ที่ประชุมได้เสนอให้ปรับเปลี่ยนการวัดคุณภาพด้านผลลัพธ์ เนื่องจากการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษอาจจะไม่สามารถป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้โดยตรง และการวัดผลลัพธ์โดยใช้ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษและมีภาวะครรภ์เป็นพิษอาจจะไม่สะท้อนความเป็นจริง ที่ประชุมจึงเสนอให้พิจารณาผลลัพธ์ที่การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการส่งต่อกับกลุ่มที่ได้รับการส่งต่อเพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk: RR) ของทั้งสองกลุ่ม ดังสมการนี้

$$RR = \frac{\text{(อุบัติการณ์การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษที่ได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ)}{\text{(อุบัติการณ์การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่ได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ)}$$

ข้อความคุณภาพ 4) การป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ

ที่ประชุมเสนอให้เปลี่ยนข้อความคุณภาพจาก “หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับยาแอสไพรินขนาด 75 มิลลิกรัม ทุกวันตั้งแต่อายุครรภ์ $12^{0/7}$ สัปดาห์จนคลอด ในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง*สูง*ต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับยาแอสไพรินขนาด 81 มิลลิกรัม ทุกวันตั้งแต่อายุครรภ์ $12^{0/7}$ สัปดาห์จนคลอด ในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไป*ที่มีสูติแพทย์ประจำ*” เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ รวมถึงการปฏิบัติในปัจจุบันที่ให้ยาแอสไพรินขนาด 81 มิลลิกรัม และสูตินรีแพทย์เท่านั้นที่จะสามารถให้ยาแอสไพรินได้

นอกจากนี้ที่ประชุมเสนอให้ไม่ใช้นิยามศัพท์ของปัจจัยเสี่ยงระดับกลาง โดยให้ยึดความเสี่ยงระดับสูงเป็นหลักและเพิ่มปัจจัยเสี่ยงตามแนวทางเวชปฏิบัติของ The American College of Obstetricians and Gynecologists อีก 2 ปัจจัย ได้แก่ มีประวัติครรภ์เป็นพิษ ก่อน 34 สัปดาห์ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อนหน้า และมีประวัติครรภ์เป็นพิษมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งขึ้นไป

ที่ประชุมได้เสนอให้พิจารณาความเป็นไปได้ในการให้ยาแอสไพรินแก่หญิงตั้งครรภ์ทั่วประเทศ เนื่องจากปัจจุบันมีการให้ยาแอสไพรินเมื่อพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ ส่วนการให้ยาแอสไพรินแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อครรภ์เป็นพิษระดับอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของสูตินรีแพทย์ ที่ประชุมจึงได้เสนอให้เพิ่มคำว่า “ความเสี่ยงสูง” ในข้อความคุณภาพและการวัดคุณภาพดังที่กล่าวมา

ข้อความคุณภาพ 5) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ

ที่ประชุมเสนอให้เพิ่มข้อความคุณภาพจาก “หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ *ที่มีสูติแพทย์*หรือโรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป” เนื่องจากหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิที่มีสูติแพทย์เท่านั้นที่จะสามารถดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษได้

อีกทั้งที่ประชุมเสนอให้เปลี่ยนนิยามศัพท์ของภาวะครรภ์เป็นพิษจาก “ภาวะความดันโลหิต systolic ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิต diastolic ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับภาวะโปรตีนในปัสสาวะในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไป” เป็น “ภาวะความดันโลหิต systolic ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิต diastolic ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับภาวะอื่น ๆ” เนื่องจากปัจจุบันไม่ได้พิจารณาภาวะโปรตีนในปัสสาวะในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไปเป็นเกณฑ์แล้ว รวมถึงที่ประชุมเสนอให้เพิ่มนิยามศัพท์ของภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงด้วย

นอกจากนี้ที่ประชุมได้เสนอให้พิจารณาการระบุระดับหน่วยบริการสุขภาพจากระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ เป็นการระบุระดับหน่วยบริการสุขภาพระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานในปัจจุบัน ในการนี้คณะผู้ดำเนินโครงการชี้แจงว่า จะนำไปเพิ่มในนิยามศัพท์ที่สำคัญในลำดับต่อไป

ข้อความคุณภาพ 6) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง

ที่ประชุมให้ข้อคิดเห็นว่า ข้อความคุณภาพนี้อาจจะไม่ได้สะท้อนการปฏิบัติงานเท่าที่ควร เนื่องจากปัจจุบันหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงต้องได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาจากสูติแพทย์ทุกราย อย่างไรก็ตามการมีข้อความคุณภาพนี้สามารถกำกับติดตามการปฏิบัติงานเพื่อเป็นการปรับปรุงคุณภาพบริการได้ อีกทั้งที่ประชุมให้ความเห็นว่าการให้ยา $MgSO_4$ สามารถให้ได้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไป แต่การให้ยา $MgSO_4$ ไม่ได้ระบุไว้ในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 จึงไม่ได้ระบุการให้ยา $MgSO_4$ ในข้อความคุณภาพนี้

ที่ประชุมให้ข้อคิดเห็นว่าปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง ได้แก่ การไม่มียา $MgSO_4$ ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และระบบการส่งต่อยังไม่มีคุณภาพ กล่าวคือ การป้องกันการชักของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการส่งต่อยังไม่ดีเท่าที่ควร คณะผู้ดำเนินโครงการอธิบายเพิ่มเติมว่าจะรายงานประเด็นปัญหาดังกล่าวไว้ในเอกสารประกอบการใช้มาตรฐานคุณภาพต่อไป

ข้อความคุณภาพ 7) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

ที่ประชุมให้ความเห็นว่า ข้อความคุณภาพนี้สามารถใช้ได้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และควรให้ข้อมูลแก่กลุ่มหญิงที่มีประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษหรือภาวะความดันโลหิตสูงและกลุ่มหญิงที่มีโรคประจำตัวด้วย นอกจากนี้ที่ประชุมเสนอให้เพิ่มนิยามศัพท์ของคำว่า “ภาวะโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์” และ “ภาวะครรภ์เป็นพิษ”

มาตรฐานคุณภาพสำหรับป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อความคุณภาพ 1) การประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

ที่ประชุมเสนอให้ข้อความคุณภาพนี้สามารถใช้ได้สำหรับการฝากครรภ์คุณภาพทุกครั้ง และเสนอให้พิจารณานิยามศัพท์ของความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว เนื่องจากมีความแตกต่างขึ้นอยู่กับคู่มือหรือแนวทางเวชปฏิบัติ ที่ประชุมจึงเสนอให้อ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว เป็นหลัก

ข้อความคุณภาพ 2) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

ที่ประชุมให้ข้อคิดเห็นว่า การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวเพื่อได้รับการดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพียงอย่างเดียวอาจจะไม่สามารถลดการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวได้ แต่ควรเน้นย้ำว่าหญิงตั้งครรภ์เหล่านั้นจะต้องคลอดที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเช่นกัน

ข้อความคุณภาพ 3) การให้ยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์

ที่ประชุมเสนอให้เพิ่มข้อความคุณภาพจาก “หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กควรได้รับการรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อลดความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว” เป็น “หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง*ที่อาจมีสาเหตุมา*จากการขาดธาตุเหล็กควรได้รับการรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อลดความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว” เนื่องจากภาวะโลหิตจางมีสาเหตุจากปัจจัยต่าง ๆ นอกจากการขาดธาตุเหล็ก ที่ประชุมจึงเสนอให้พิจารณาเพิ่มภาวะการมีระดับฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33 ไว้ในนิยามศัพท์ของภาวะโลหิตจาง และแก้ไขนิยามศัพท์ของการรักษาภาวะโลหิตจางที่อาจมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็กให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาในปัจจุบัน

ภายหลังการพิจารณาร่างมาตรฐานคุณภาพทั้ง 2 เรื่องดังกล่าว ดร.รุ่งนภา คำผาง แจ้งในที่ประชุมว่าคณะผู้ดำเนินโครงการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระยะที่ 2 จะทำการแก้ไขร่างมาตรฐานคุณภาพตามข้อเสนอแนะของที่ประชุม และส่งให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

ปิดการประชุม เวลา 12.00 น.

นายสรายุทธ ขันธะ	ดร.รุ่งนภา คำผาง
ผู้สรุปการประชุม	ผู้ตรวจรายงานการประชุม

ภาคผนวกที่ 2
ประเด็นปัญหาในแต่ละบริการฝากครรภ์

บริการ	ประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ	ประเด็นปัญหาที่อภิปรายในกลุ่มที่ 2 อสม. และผู้รับบริการ
บริการฝากครรภ์คุณภาพ	● หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้าหลัง 12 สัปดาห์ ○ ถึงแม้จะให้บริการอย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐานอย่างเต็มความสามารถ แต่ผู้รับบริการไม่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการมาฝากครรภ์เร็ว เนื่องจากการขาดความรู้เรื่องประโยชน์ของการฝากครรภ์เร็วและการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ○ หญิงตั้งครรภ์ขาดความตระหนักเกี่ยวกับประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ทุกครั้งตามที่แพทย์นัดหมาย ● การมาฝากครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์รวมทั้งสามีสูญเสียรายได้จากการทำงาน	● ไม่มีเวลามาฝากครรภ์ ○ เนื่องจากภาระการทำงานทำให้ไม่มีเวลามาฝากครรภ์ ไม่สามารถลางานได้ และหากลางานมาฝากครรภ์จะทำให้ขาดรายได้ รวมถึงไม่มีเงินในการฝากครรภ์ ○ ไม่สามารถจัดสรรเวลามาฝากครรภ์ได้ เนื่องจากเวลาสำหรับการฝากครรภ์ตรงกับเวลาที่ต้องทำงาน ● หญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ เนื่องจากการผิดพลาดในการคุมกำเนิด ● ตั้งครรภ์ปิดบังซ่อนเร้น ● การย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงาน ● การฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง ○ การชี้แจงขั้นตอนฝากครรภ์ไม่ชัดเจนทำให้หญิงตั้งครรภ์รายใหม่เกิดความสับสนเกี่ยวกับขั้นตอนบริการ ○ การเดินทางมาโรงพยาบาลไม่สะดวก

บริการ	ประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ	ประเด็นปัญหาที่อภิปรายในกลุ่มที่ 2 อสม. และผู้รับบริการ
		○ สามีขาดรายได้เมื่อหยุดงานเพื่อพาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์หรือมาตรวจคัดกรองและยืนยันโรคได้
การทดสอบการตั้งครรภ์	● ไม่พบปัญหา เนื่องจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รพ.สต. และ อสม. สามารถตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ในหญิงที่สงสัยหรือมีอาการคล้ายตั้งครรภ์ได้อย่างน้อย 1 ครั้งตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยปัสสาวะเพียงพอต่อการใช้งาน ยกเว้นเพียงกรณีหญิงที่สงสัยหรือมีอาการคล้ายตั้งครรภ์ทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตนเองหรือได้รับการตรวจโดยคลินิกมาแล้วและมั่นใจว่าตั้งครรภ์จริงเท่านั้นที่สถานพยาบาลไม่ได้ตรวจยืนยันการตั้งครรภ์	● หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการตรวจการตั้งครรภ์จากผู้ให้บริการ ดังนั้น จึงไม่พบปัญหาของบริการฯ นี้ในกลุ่มผู้รับบริการ

บริการ	ประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ	ประเด็นปัญหาที่อภิปรายในกลุ่มที่ 2 อสม. และผู้รับบริการ
การสอบถามข้อมูล	● มีข้อจำกัดทางด้านเวลาสำหรับการสอบถามข้อมูล เนื่องจากการสอบถามข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย ให้ครบถ้วนควรใช้เวลาประมาณ 40 – 45 นาที	● ปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและหญิงตั้งครรภ์ ○ การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างผู้ให้บริการและหญิงตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์สับสนหรือไม่เข้าใจคำถาม ○ ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เช่น ผู้ให้บริการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์หรือภาษาที่เข้าใจยาก รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์บางรายไม่เข้าใจภาษาไทย เช่น หญิงตั้งครรภ์ภาคใต้พูดภาษามลายูหรือภาษาถิ่นอื่น ๆ ○ ผู้ให้บริการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (วาจาหรือท่าทาง) ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่อยากมาฝากครรภ์
การตรวจร่างกายและตรวจครรภ์	● สำหรับการตรวจภายในเพื่อตรวจหาความผิดปกติและการติดเชื้อในช่องคลอดนั้น ผู้ให้บริการบางส่วนไม่มีความมั่นใจในการให้บริการตรวจภายใน และการตรวจภายในไม่ได้รับการยอมรับในบางพื้นที่ เช่น พื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีความเชื่อทางศาสนา ● สถานพยาบาลบางแห่งไม่มีการตรวจสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง	● จำนวนหญิงตั้งครรภ์มากทำให้ผู้ให้บริการไม่สามารถให้บริการได้ครบตามบริการที่ควรจะได้รับ เช่น การตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นต้น ● การตรวจภายในไม่ได้รับการยอมรับในบางพื้นที่ เช่น พื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เนื่องจากความเชื่อทางศาสนา

บริการ	ประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ	ประเด็นปัญหาที่อภิปรายในกลุ่มที่ 2 อสม. และผู้รับบริการ
	• ทักษะในการตรวจความสูงยอดมดลูกของผู้ให้บริการแตกต่างกัน • ไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับอายุครรภ์ที่ควรให้บริการตรวจอัลตรา-ซาวด์ เนื่องจากประกาศฯ ฉบับที่ 10 ระบุเพียงว่าควรได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ช่วงฝากครรภ์ครั้งที่ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ครั้ง	
การประเมินทางสุขภาพจิต	• สถานที่ให้บริการประเมินสุขภาพจิตไม่เป็นส่วนตัว ทำให้ผู้รับบริการเกรงว่าผู้อื่นจะรู้ความลับ จึงไม่ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ผลการประเมินเกิดความคลาดเคลื่อน ผู้ให้บริการไม่ทราบว่าหญิงตั้งครรภ์รายนั้น ๆ มีปัญหา • ข้อจำกัดด้านเวลาและบุคลากรที่ให้บริการไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ให้บริการเปลี่ยนคำถามในแบบประเมินจากคำถามปลายเปิดเป็นคำถามปลายปิดซึ่งอาจทำให้เกิดความลำเอียงในการประเมินขึ้นได้	• แบบประเมินความเครียด และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ที่ใช้ประเมินไม่มีคุณภาพ ไม่สามารถคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าบางรายได้
การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น	• ด้านการตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) นั้น ผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถให้บริการได้เฉพาะบริการตรวจปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) เท่านั้น ไม่สามารถให้บริการ CBC แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย • สามีของหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (VDRL) และการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) เพียงร้อยละ 35 เนื่องจาก	• สามีของหญิงตั้งครรภ์บางรายไม่สามารถลางานเพื่อมาตรวจคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียได้ (ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์เป็นพาหะโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย) • หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับบริการตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์

บริการ	ประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ	ประเด็นปัญหาที่อภิปรายในกลุ่มที่ 2 อสม. และผู้รับบริการ
	ทำงานอยู่ต่างประเทศหรือไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ ● ประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์และโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (MCV/OF+DCIP) ไม่เพียงพอ ผู้ให้บริการให้การตรวจล่าช้าหลังจากอายุครรภ์เกิน 24 สัปดาห์ทำให้ไม่สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้หากตรวจพบความผิดปกติ ● หญิงตั้งครรภ์บางรายที่ตรวจพบความผิดปกติไม่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ● สำหรับระบบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนนั้น สถานพยาบาลบางแห่งไม่ได้รับค่าตอบแทนในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เนื่องจาก มีข้อกำหนดว่าสถานพยาบาลต้องเป็นผู้กรอกข้อมูลลงฐานข้อมูลด้วยตนเองในการเบิกจ่ายค่าตอบแทน แม้จะส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังสถานบริการอื่น ● สถานพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดระบบการตรวจติดตาม (monitoring system) การให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● ขาดการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูล (database) ภายในประเทศ	● หญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบเหตุผลว่าหากทารกในครรภ์มีความผิดปกติและอายุครรภ์เกิน (มากกว่า 28 สัปดาห์) เหตุใดสูติแพทย์จึงไม่ยุติการตั้งครรภ์ ● หญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบว่าต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการอะไรบ้าง รวมทั้งไม่มีคำอธิบายในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

บริการ	ประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ	ประเด็นปัญหาที่อภิปรายในกลุ่มที่ 2 อสม. และผู้รับบริการ
	• บางสถานพยาบาลไม่มีการตรวจหมู่เลือด (ABO และ Rh) ให้แก่หญิงตั้งครรภ์	
การให้การดูแล รักษาป้องกัน	• ไม่พบปัญหาของบริการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก (dT) ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และการดูแลรักษาหากตรวจพบภาวะทุพโภชนาการ • สถานพยาบาลไม่สามารถให้บริการยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก และไอโอดีนแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายตลอดอายุการตั้งครรภ์ เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนยา triferdine ซึ่งเป็นยาสูตรผสมการแก้ปัญหาเบื้องต้นทำให้เพียงทดแทนด้วยการให้ยาโฟลิกและธาตุเหล็กสูตรเดี่ยว แต่ยังพบปัญหาว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับไอโอดีน ซึ่งการขาดสารไอโอดีนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับการพัฒนาสติปัญญา (IQ) และเป็นสาเหตุให้มีพัฒนาการที่ผิดปกติของสมองในทารกแรกเกิดและเด็กเล็ก	• จำนวนหญิงตั้งครรภ์มากทำให้ผู้ให้บริการไม่สามารถให้บริการได้ครบตามบริการที่หญิงตั้งครรภ์ควรจะได้รับ เช่น ขัดและทำความสะอาดฟัน • หญิงตั้งครรภ์บางรายไม่ได้รับยาที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เช่น กรดโฟลิก ไอโอดีน • หญิงตั้งครรภ์ไม่ตระหนักถึงการกินยาที่จำเป็นสำหรับการตั้งครรภ์ • บางรายไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
การประเมินการส่งต่อ	• มาตรฐานของแบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันในแต่ละสถานพยาบาล เนื่องจากปัจจุบันสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กอ้างอิงแบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์จากองค์การอนามัยโลก (WHO) ที่มีเพียง 18 ข้อ และยังไม่	• การประเมินการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงไปพบแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย ไม่สามารถทำได้ทุกราย เนื่องจากระบบการส่งต่อ หรือผู้รับบริการไม่ยินยอมไปรับการตรวจที่สถานพยาบาลแห่งอื่น

บริการ	ประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ	ประเด็นปัญหาที่อภิปรายในกลุ่มที่ 2 อสม. และผู้รับบริการ
	ครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้นในบางพื้นที่ ตัวอย่างเช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะเจ็บคลอดก่อนกำหนด และโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus: GDM) เป็นต้น	
การให้คำแนะนำตอบคำถามและนัดหมายครั้งต่อไป	● การให้บริการโรงเรียนพ่อแม่ที่ให้คำแนะนำที่จำเป็นสำหรับการดูแลครรภ์ การคลอด การเลี้ยงดูบุตรและการวางแผนครอบครัวยังมีข้อจำกัดทางด้านเวลา บุคลากร และมาตรฐานการให้บริการ	● เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก ผู้ให้บริการไม่อธิบายว่าบริการที่ควรได้รับคืออะไร และจำเป็นต้องพาสามีมารับบริการตรวจคัดกรอง เช่น ไม่ได้แนะนำให้นำสามีมาตรวจคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ● หญิงตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ตามนัดทำให้ไม่ได้รับคำแนะนำที่จำเป็นสำหรับการดูแลครรภ์และการคลอด การเลี้ยงลูก และการวางแผนครอบครัว เช่น โรงเรียนพ่อแม่
การบันทึกข้อมูล	● ปัญหาเกี่ยวกับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ○ มีการปรับปรุงบ่อยครั้งเกินไป ○ การจัดเรียงเนื้อหาไม่มีความสอดคล้องกับระยะอายุครรภ์และไม่เป็นหมวดหมู่ทำให้ผู้ให้บริการเกิดความลำบากในการบันทึกข้อมูลและยากต่อการใช้งานของเนื้อหา ○ ขนาดของตัวอักษรเล็กเกินไป ○ พื้นที่ในการกรอกข้อมูลไม่เพียงพอ	● สถานพยาบาลบางแห่งไม่ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ● หากหญิงตั้งครรภ์เลือกเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน หรือโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยจะไม่ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ● สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กไม่มีคำอธิบายเกี่ยวกับการบริการที่หญิงตั้งครรภ์ควรจะได้รับ และไม่มีคำอธิบายเกี่ยวกับการแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้ รายละเอียดในส่วนของการฝากครรภ์มีน้อยเกินไป

บริการ	ประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ	ประเด็นปัญหาที่อภิปรายในกลุ่มที่ 2 อสม. และผู้รับบริการ
	• ขาดการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต้องใช้จำนวนหญิงคลอดเป็นตัวหารแทนจำนวนหญิงตั้งครรภ์	

ภาคผนวกที่ 3
แนวคำถามสำหรับการศึกษาความเป็นไปได้

ชุดที่ 1 แนวคำถามสำหรับผู้กำหนดนโยบาย

1. (แสดงตัวอย่างมาตรฐานคุณภาพ) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรหากจะมีการใช้มาตรฐานคุณภาพ (QS) ในสถานพยาบาลในประเทศไทยเพื่อแก้ปัญหาด้านคุณภาพบริการ (ข้อดีและผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นต่อหน่วยงานของท่านและสถานพยาบาลในประเทศไทย)
   ก. เหตุผลสนับสนุน: นโยบาย ประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ ข้อความคุณภาพ ตัวชี้วัด ความสามารถในการให้บริการ (วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี สถานที่ให้บริการ) และงบประมาณ
   ข. เหตุผลที่ไม่สนับสนุน: ข้อความคุณภาพ ตัวชี้วัด ความสามารถในการให้บริการ (วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี สถานที่ให้บริการ) งบประมาณ และการมีอยู่ของมาตรการอื่นที่ดีกว่า
2. ถ้าท่านคิดว่า QS เป็นมาตรการที่มีประโยชน์ แต่ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของไทยยังไม่พร้อมที่จะนำมาตรการนี้มาใช้ ท่านแนะนำให้มีการปรับปรุงเรื่องใดบ้าง เพื่อรองรับการใช้ QS ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด?
3. ในส่วนที่เกี่ยวกับบริการฝากครรภ์และการคลอด ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับการเลือกพัฒนา QS ในประเด็น การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะการตกเลือดหลังคลอด เป็นอันดับแรก? เพราะเหตุใด?
4. ท่านคิดว่า การปฏิบัติตาม QS (ตามที่ร่าง) จะสามารถป้องกันหรือลดปัญหาทั้งสามประเด็นในข้อ 3. ได้หรือไม่? เพราะเหตุใด? คาดว่าจะมีผลกระทบเชิงลบอย่างไรบ้าง (ทั้งกับหน่วยงานของท่าน สถานพยาบาล และหน่วยงานอื่น ๆ)?
5. ในปัจจุบัน หน่วยงานของท่านมีมาตรการใดบ้างที่นำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการฝากครรภ์และการคลอดในภาพรวม และแต่ละประเด็น ในข้อ 3. (การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะการตกเลือดหลังคลอด)? ที่ผ่านมา มาตรการเหล่านี้มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด?
6. ท่านคิดว่าจะบูรณาการ QS ในระบบสุขภาพอย่างไร (เช่น โครงการ QOF การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล service plan)
7. ท่านมีข้อเสนออย่างไรเพื่อให้เกิดการใช้ QS ในระบบสุขภาพของประเทศไทย

ชุดที่ 2 แนวคำถามสำหรับผู้แทนจากเขตสุขภาพ

1. (แสดงตัวอย่างมาตรฐานคุณภาพ) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรหากจะมีการใช้มาตรฐานคุณภาพ (QS) ในสถานพยาบาลในเขตสุขภาพของท่านเพื่อแก้ปัญหาด้านคุณภาพบริการ (ข้อดีและผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นต่อหน่วยงานของท่านและสถานพยาบาลในเขตสุขภาพ)
   ก. เหตุผลสนับสนุน: นโยบาย ประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ ข้อความคุณภาพ ตัวชี้วัด ความสามารถในการให้บริการ (วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี สถานที่ให้บริการ) และงบประมาณ
   ข. เหตุผลที่ไม่สนับสนุน: ข้อความคุณภาพ ตัวชี้วัด ความสามารถในการให้บริการ (วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี สถานที่ให้บริการ) งบประมาณ และการมีอยู่ของมาตรการอื่นที่ดีกว่า
2. ถ้าท่านคิดว่า QS เป็นมาตรการที่มีประโยชน์ แต่ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของไทยยังไม่พร้อมที่จะนำมาตรการนี้มาใช้ ท่านแนะนำให้มีการปรับปรุงเรื่องใดบ้าง เพื่อรองรับการใช้ QS ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด?
3. ในส่วนที่เกี่ยวกับบริการฝากครรภ์และการคลอด ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับการเลือกพัฒนา QS ในประเด็น การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะการตกเลือดหลังคลอด เป็นอันดับแรก? เพราะเหตุใด?
4. ท่านคิดว่า การปฏิบัติตาม QS (ตามที่ร่าง) จะสามารถป้องกันหรือลดปัญหาทั้งสามประเด็นในข้อ 3. ได้หรือไม่? เพราะเหตุใด? คาดว่าจะมีผลกระทบเชิงลบอย่างไรบ้าง (ทั้งกับหน่วยงานของท่าน สถานพยาบาล และหน่วยงานอื่น ๆ)?
5. ในปัจจุบัน หน่วยงานของท่านมีมาตรการใดบ้างที่นำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการฝากครรภ์และการคลอดในภาพรวม และแต่ละประเด็น ในข้อ 3. (การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะการตกเลือดหลังคลอด)? ที่ผ่านมา มาตรการเหล่านี้มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด?
6. ท่านคิดว่าจะบูรณาการ QS ในระบบสุขภาพอย่างไร (เช่น โครงการ QOF การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล service plan)
7. หากจะมีการใช้มาตรฐานคุณภาพ หน่วยงานของท่านต้องการการสนับสนุนในด้านใด (วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี) เพราะอะไร
8. ท่านมีข้อเสนออย่างไรเพื่อให้เกิดการใช้ QS ในระบบสุขภาพของประเทศไทย

ชุดที่ 3 แนวคำถามสำหรับผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1. (แสดงตัวอย่างมาตรฐานคุณภาพ) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรหากจะมีการใช้มาตรฐานคุณภาพ (QS) ในสถานพยาบาลในสังกัดของท่านเพื่อแก้ปัญหาด้านคุณภาพบริการ (ข้อดีและผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นต่อหน่วยงานของท่านและสถานพยาบาลในสังกัด)
   ก. เหตุผลสนับสนุน: นโยบาย ประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ ข้อความคุณภาพ ตัวชี้วัด ความสามารถในการให้บริการ (วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี สถานที่ให้บริการ) และงบประมาณ
   ข. เหตุผลที่ไม่สนับสนุน: ข้อความคุณภาพ ตัวชี้วัด ความสามารถในการให้บริการ (วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี สถานที่ให้บริการ) งบประมาณ และการมีอยู่ของมาตรการอื่นที่ดีกว่า
2. ถ้าท่านคิดว่า QS เป็นมาตรการที่มีประโยชน์ แต่ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของไทยยังไม่พร้อมที่จะนำมาตรการนี้มาใช้ ท่านแนะนำให้มีการปรับปรุงเรื่องใดบ้าง เพื่อรองรับการใช้ QS ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด?
3. ในส่วนที่เกี่ยวกับบริการฝากครรภ์และการคลอด ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับการเลือกพัฒนา QS ในประเด็น การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะการตกเลือดหลังคลอด เป็นอันดับแรก? เพราะเหตุใด?
4. ท่านคิดว่า การปฏิบัติตาม QS (ตามที่ร่าง) จะสามารถป้องกันหรือลดปัญหาทั้งสามประเด็นในข้อ 3. ได้หรือไม่? เพราะเหตุใด? คาดว่าจะมีผลกระทบเชิงลบอย่างไรบ้าง (ทั้งกับหน่วยงานของท่าน สถานพยาบาล และหน่วยงานอื่น ๆ)?
5. ในปัจจุบัน หน่วยงานของท่านมีมาตรการใดบ้างที่นำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการฝากครรภ์และการคลอดในภาพรวม และแต่ละประเด็น ในข้อ 3. (การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะการตกเลือดหลังคลอด)? ที่ผ่านมา มาตรการเหล่านี้มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด?
6. หากจะมีการใช้ QS หน่วยงานของท่านจะสื่อสารนโยบาย พัฒนาศักยภาพ และกำกับติดตามสถานพยาบาลในสังกัดของท่านอย่างไร
7. หากจะมีการใช้ QS หน่วยงานของท่านต้องการการสนับสนุนในด้านใด (วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี) เพราะอะไร
8. ท่านมีข้อเสนออย่างไรเพื่อให้เกิดการใช้ QS ในระบบสุขภาพของประเทศไทย

ชุดที่ 4 แนวคำถามสำหรับผู้อำนวยการหน่วยบริการสุขภาพ

1. (แสดงตัวอย่างมาตรฐานคุณภาพ) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรหากจะมีการใช้มาตรฐานคุณภาพ (QS) ในสถานพยาบาลของท่านเพื่อแก้ปัญหาด้านคุณภาพบริการ (ข้อดีและผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นต่อสถานพยาบาลของท่าน)
   ก. เหตุผลสนับสนุน: นโยบาย ประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ ข้อความคุณภาพ ตัวชี้วัด ความสามารถในการให้บริการ (วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี สถานที่ให้บริการ) และงบประมาณ
   ข. เหตุผลที่ไม่สนับสนุน: ข้อความคุณภาพ ตัวชี้วัด ความสามารถในการให้บริการ (วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี สถานที่ให้บริการ) งบประมาณ และการมีอยู่ของมาตรการอื่นที่ดีกว่า
2. ถ้าท่านคิดว่า QS เป็นมาตรการที่มีประโยชน์ แต่ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของไทยยังไม่พร้อมที่จะนำมาตรการนี้มาใช้ ท่านแนะนำให้มีการปรับปรุงเรื่องใดบ้าง เพื่อรองรับการใช้ QS ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด?
3. ในส่วนที่เกี่ยวกับบริการฝากครรภ์และการคลอด ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับการเลือกพัฒนา QS ในประเด็น การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะการตกเลือดหลังคลอด เป็นอันดับแรก? เพราะเหตุใด?
4. ท่านคิดว่า การปฏิบัติตาม QS (ตามที่ร่าง) จะสามารถป้องกันหรือลดปัญหาทั้งสามประเด็นในข้อ 3. ได้หรือไม่? เพราะเหตุใด? คาดว่าจะมีผลกระทบเชิงลบอย่างไรบ้าง (ทั้งกับหน่วยงานของท่าน สถานพยาบาล และหน่วยงานอื่น ๆ)?
5. ในปัจจุบัน สถานพยาบาลของท่านมีมาตรการใดบ้างที่นำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการฝากครรภ์และการคลอดในภาพรวม และแต่ละประเด็น ในข้อ 3. (การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะการตกเลือดหลังคลอด)? ที่ผ่านมา มาตรการเหล่านี้มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด?
6. หากจะมีการใช้ QS สถานพยาบาลของท่านจะสื่อสารนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติ พัฒนาศักยภาพ และกำกับติดตามการปฏิบัติตามนโยบายนี้อย่างไร
7. หากจะมีการใช้ QS สถานพยาบาลของท่านต้องการการสนับสนุนในด้านใด (วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี) เพราะอะไร
8. ท่านมีข้อเสนออย่างไรเพื่อให้เกิดการใช้ QS ในระบบสุขภาพของประเทศไทย

ชุดที่ 5 แนวคำถามสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

1. (แสดงตัวอย่างมาตรฐานคุณภาพ) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรหากจะมีการใช้มาตรฐานคุณภาพ (QS) ในสถานพยาบาลของท่านเพื่อแก้ปัญหาด้านคุณภาพบริการ (ข้อดีและผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นต่อสถานพยาบาลของท่าน)
   ก. เหตุผลสนับสนุน: นโยบาย ประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ ข้อความคุณภาพ ความสามารถในการให้บริการ (วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี สถานที่ให้บริการ) และงบประมาณ
   ข. เหตุผลที่ไม่สนับสนุน: ข้อความคุณภาพ ความสามารถในการให้บริการ (วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี สถานที่ให้บริการ) งบประมาณ และการมีอยู่ของมาตรการอื่นที่ดีกว่า
   ค. ท่านมีความเห็นอย่างไรต่อตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น (สามารถปฏิบัติตามได้ สามารถบันทึกข้อมูลได้)
2. ถ้าท่านคิดว่า QS เป็นมาตรการที่มีประโยชน์ แต่ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของไทยยังไม่พร้อมที่จะนำมาตรการนี้มาใช้ ท่านแนะนำให้มีการปรับปรุงเรื่องใดบ้าง เพื่อรองรับการใช้ QS ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด?
3. ในส่วนที่เกี่ยวกับบริการฝากครรภ์และการคลอด ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับการเลือกพัฒนา QS ในประเด็น การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะการตกเลือดหลังคลอด เป็นอันดับแรก? เพราะเหตุใด?
4. ท่านคิดว่า การปฏิบัติตาม QS (ตามที่ร่าง) จะสามารถป้องกันหรือลดปัญหาทั้งสามประเด็นในข้อ 3. ได้หรือไม่? เพราะเหตุใด? คาดว่าจะมีผลกระทบเชิงลบอย่างไรบ้าง (ทั้งกับหน่วยงานของท่าน สถานพยาบาล และหน่วยงานอื่น ๆ)?
5. ในปัจจุบัน สถานพยาบาลของท่านมีมาตรการใดบ้างที่นำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการฝากครรภ์และการคลอดในภาพรวม และแต่ละประเด็น ในข้อ 3. (การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะการตกเลือดหลังคลอด)? ที่ผ่านมา มาตรการเหล่านี้มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด?
6. หากจะมีการใช้ QS ท่านต้องการการสนับสนุนในด้านใด (วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี) เพราะอะไร
7. ท่านมีข้อเสนออย่างไรเพื่อให้เกิดการใช้ QS ในระบบสุขภาพของประเทศไทย

ชุดที่ 6 แนวคำถามสำหรับหญิงที่มีประวัติการตั้งครรภ์และคลอด

1. (แสดง infographic) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อข้อความคุณภาพและแผนผังการรับบริการ (ความชัดเจนของข้อความ ความเข้าใจต่อข้อความ ความสวยงามและน่าอ่านของการออกแบบ) ท่านมีข้อแนะนำเพื่อปรับปรุง infographic นี้อย่างไร
2. หากท่านตั้งครรภ์ ข้อมูลชุดนี้มีประโยชน์ต่อท่านหรือไม่ อย่างไร (ท่านควรจะได้รับบริการอะไรบ้างเพื่อป้องกันการเกิดภาวะการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะการตกเลือดหลังคลอด)
3. ท่านสะดวกรับทราบข้อมูลชุดนี้ผ่านช่องทางการสื่อสารใด (เช่น วิทยุ โทรทัศน์ โปสเตอร์ติดในโรงพยาบาล แผ่นพับ แอปพลิเคชันไลน์ อินเทอร์เน็ต) เพราะอะไร
4. ท่านมีข้อแนะนำอย่างไรเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ใช้ประโยชน์จากข้อมูลชุดนี้

ภาคผนวกที่ 4

แบบบันทึกข้อมูลภาระงานและต้นทุนการดำเนินงานตามมาตรฐานคุณภาพบริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของการดำเนินงานบริการตามมาตรฐานคุณภาพ

ภาระงาน

ก. จำนวนครั้งกิจกรรมการดำเนินงาน ลักษณะการดำเนินงานตามมาตรฐานคุณภาพนี้

ประเภทกิจกรรม	ความถี่ในการดำเนินงาน*	ตารางการดำเนินงาน**	การดำเนินงาน	อื่น ๆ (ระบุ)
1.			ในหน่วยบริการ / นอกหน่วยฯ	
2.			ในหน่วยบริการ / นอกหน่วยฯ	
3.			ในหน่วยบริการ / นอกหน่วยฯ	
4.			ในหน่วยบริการ / นอกหน่วยฯ	
5.			ในหน่วยบริการ / นอกหน่วยฯ	

* ความถี่การให้บริการ คือ ปีละ หรือ เดือนละ หรือ สัปดาห์ละ .....วัน

** ตารางการดำเนินงาน: [1] ดำเนินการทุกครั้งเมื่อมีผู้มารับบริการ ; [2] ไม่มีตารางฯ ชัดเจน

ข. เวลาเฉลี่ยสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานคุณภาพ (ต่อผู้รับบริการ 1 รายหรือต่อการดำเนินงาน 1 ครั้ง)

จำนวนครั้งและจำนวนคนของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่รับผิดชอบกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานคุณภาพนี้

ประเภทเจ้าหน้าที่	จำนวนคน	เวลาที่ใช้ (นาที)	ความถี่ในการดำเนินงาน
กิจกรรมที่ ____ รายละเอียด:			

ส่วนที่ 2 ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost) ในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานคุณภาพ (ต่อผู้รับบริการ 1 รายหรือต่อการดำเนินงาน 1 ครั้ง)

รายการ	จำนวน	หน่วยนับ
กิจกรรมที่ ____		

2.1 ต้นทุนค่าครุภัณฑ์หรืออุปกรณ์ที่ใช้ดำเนินการตามมาตรฐานคุณภาพ และเวลาเฉลี่ยที่ใช้ (ต่อผู้รับบริการ 1 รายหรือต่อการดำเนินงาน 1 ครั้ง)

รายการ	จำนวน	เวลาเฉลี่ยที่ใช้	หน่วยนับ
เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอทและหูฟัง			นาที
เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ			นาที

2.2 ค่าลงทุนอื่น ๆ (ถ้ามี)

รายการ	จำนวน	ต้นทุนต่อหน่วย	หน่วยนับ

ภาคผนวกที่ 5
รายงานการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อผลการศึกษาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

วันพฤหัสบดีที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 เวลา 13.00-16.00 น.
ณ ห้องประชุมโทปาส 2 โรงแรมริชมอนด์ อ.เมือง จ.นนทบุรี

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1)	ศ. นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
2)	นพ.จักรกริช โง้วศิริ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3)	นางปิยนุช โปร่งฟ้า	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4)	นางสาวพรพจนาจ ขะชาตย์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5)	ดร.สิรินาฏ นิภาพร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6)	รศ. นพ.พัญญู พันธ์บูรณะ	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
7)	รศ. พญ.สุพัตรา ศิริโชติยะกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
8)	พญ.อัมพร เบญจพลพิทักษ์	กรมอนามัย
9)	นพ.บุญฤทธิ์ สุขรัตน์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
10)	พญ.พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
11)	นางสาวฉวีวรรณ ต้นพุดซา	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
12)	นพ.ธนะรัตน์ อิ่มสุวรรณศรี	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์
13)	นางโสพรรณ เรืองเจริญ	โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
14)	พญ.ลาวัลย์ ปัจจักขภัติ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
15)	พญ.วรลักษณ์ ศิรินทร์นนท์	ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
16)	นางหัตถาภรณ์ คำนามะ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุม
17)	นางรัชนีเพ็ญ ชัณวิจิตร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
18)	นางเฉลิมลักษณ์ วิจิตรานนท์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
19)	ดร. ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
20)	ดร.รุ่งนภา คำผาง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
21)	ภญ.สุธาสินี คำหลวง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
22)	ผศ. ดร. พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
23)	นางสาวศรวณีย์ ทนุชิต	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เริ่มประชุม เวลา 13.00 น.

ดร.รุ่งนภา คำผาง หัวหน้าคณะผู้ดำเนินโครงการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระยะที่ 2 กล่าวเปิดประชุมและกล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุมในครั้งนี้เพื่อนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นในการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ลำดับถัดมา ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์ ประธานการประชุม กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมและอธิบายที่มาของมาตรฐานคุณภาพ จากนั้น ดร.รุ่งนภา คำผาง นำเสนอที่มาและความสำคัญของมาตรฐานคุณภาพ กระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ มาตรฐานคุณภาพที่พัฒนาภายใต้โครงการฯ และระเบียบวิธีการศึกษา

ลำดับถัดมา ผศ. ดร. พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี นำเสนอผลการศึกษาความเป็นไปได้ของการนำมาตรฐานคุณภาพมาใช้ในระบบสุขภาพของไทย ซึ่งที่ประชุมมีข้อเสนอแนะและประเด็นสอบถาม ดังนี้

1. ประโยชน์ของมาตรฐานคุณภาพ

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะว่า มาตรฐานคุณภาพทั้ง 3 บริการ ที่คณะผู้ดำเนินโครงการฯ พัฒนาขึ้นมีประโยชน์สามารถลดภาวะโรคได้ แต่ทั้ง 3 บริการ ไม่ได้บรรจุในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง “ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559” ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งประกอบด้วย 83 บริการ หากสถานพยาบาลนำไปใช้ในการให้บริการอาจไม่ได้รับงบประมาณการจ่ายชดเชยเพิ่มเติมตามบริการจากกองทุนย่อย (Central Reimbursement) จาก สปสช. ยกเว้นบางสถานพยาบาลที่สามารถจัดสรรงบประมาณสำหรับให้บริการหญิงตั้งครรภ์อาจนำไปใช้ได้ ผู้เข้าร่วมประชุมจึงเสนอให้ สปสช. ทำการทบทวนหรือประกาศดังกล่าวเพิ่มเติมเพื่อให้หน่วยบริการที่ต้องการนำไปใช้สามารถรับสนับสนุนงบประมาณการจ่ายชดเชยเพิ่มเติมตามบริการจากกองทุนย่อยจาก สปสช. ได้

คณะผู้ดำเนินโครงการฯ ชี้แจงเพิ่มเติมถึงที่มาของมาตรฐานคุณภาพทั้ง 3 บริการว่าได้มาจากการจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อพิจารณาเกณฑ์การคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ที่ผ่านมา โดยผู้เข้าร่วมประชุมคัดเลือกบริการสุขภาพที่สามารถประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ชัดเจนในเวลาไม่นานเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับขยายการพัฒนามาตรฐานคุณภาพไปยังบริการอื่น ๆ จึงเสนอให้พิจารณาทั้งกลุ่มบริการ เช่น บริการฝากครรภ์คุณภาพ ที่ประชุมจึงมีมติเลือกบริการฝากครรภ์คุณภาพ (antenatal care: ANC) จากนั้นมีการจัดประชุมคณะทำงานโครงการพัฒนามาตรฐานคุณภาพ โดยผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นว่า บริการฝากครรภ์คุณภาพนั้นมีมาตรฐานการดำเนินงานของกรมอนามัยอยู่แล้ว และควรพัฒนามาตรฐานคุณภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของการให้บริการฝากครรภ์ในปัจจุบันและครอบคลุมปัญหาของทั้งมารดาและทารก มติที่ประชุมจึงเสนอให้คณะผู้ดำเนินโครงการฯ พัฒนามาตรฐานคุณภาพ 3 บริการ ได้แก่ 1) บริการเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) 2) บริการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) และ 3) บริการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum haemorrhage)

2. ผลเสียของมาตรฐานคุณภาพ

ที่ประชุมเสนอว่าควรเปลี่ยนหัวข้อจาก “มาตรฐานคุณภาพ” เป็น “ข้อความคุณภาพ”เนื่องจากหากใช้คำว่ามาตรฐานคุณภาพอาจทำให้ผู้ให้บริการเข้าใจผิดหรือคลาดเคลื่อนและไม่มีการนำไปใช้ในหน่วยบริการสุขภาพ กล่าวคือ ผู้ให้บริการอาจเข้าใจว่าหากไม่ทำตามมาตรฐานคุณภาพที่คณะผู้ดำเนินโครงการฯ จัดทำขึ้น จะทำให้การทำงานไม่มีคุณภาพและอาจถูกฟ้องร้องจากผู้รับบริการได้

3. ความน่าเชื่อถือของมาตรฐานคุณภาพ

ที่ประชุมให้ความเห็นว่า กระบวนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพของคณะผู้ดำเนินโครงการฯ มีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากพัฒนาจากหลักฐานทางวิชาการที่น่าเชื่อถือมีคุณภาพ และผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามที่ประชุมมีข้อกังวลเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพ เรื่อง การคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่ชัดเจน ไม่มีข้อมูลสนับสนุนที่แสดงให้เห็นประโยชน์จากการดำเนินการตามข้อความคุณภาพ และหากนำไปใช้อาจไม่ได้ความร่วมมือจากหน่วยบริการ จึงเสนอให้ตัดมาตรฐานคุณภาพการคลอดก่อนกำหนด จาก 5 ข้อความคุณภาพ เหลือเพียง 1 ข้อความคุณภาพ คือ การประเมินและการจัดการความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเพิ่มข้อความคุณภาพที่ 2 คือการตรวจวัดความยาวปากมดลูก (cervical length) เนื่องจากทั้งสองข้อความคุณภาพเป็นวิธีการพยากรณ์การคลอดก่อนกำหนดที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อย่างไรก็ตามที่ประชุมมีข้อกังวลเกี่ยวกับการตรวจวัดความยาวปากมดลูกอาจจะไม่สามารถระบุเป็นส่วนหนึ่งในมาตรฐานคุณภาพได้ เนื่องจากในทางปฏิบัติถือว่าเป็นวิธีที่ยาก ต้องใช้บุคลากรที่มีทักษะและการตรวจยังทำได้ไม่ถูกต้องในหลายพื้นที่

4. ความเป็นไปได้ในการใช้ประโยชน์จากมาตรฐานคุณภาพ

ที่ประชุมให้ข้อคิดเห็นว่า ข้อความคุณภาพบางบริการต้องใช้แพทย์เฉพาะทางหรือสูติแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยและพิจารณาให้ยาป้องกัน ซึ่งศักยภาพในการให้บริการฝากครรภ์ของแต่ละสถานพยาบาลไม่เท่ากันอาจไม่สามารถให้บริการตามข้อความคุณภาพนั้นๆ ได้ กล่าวคือ การให้ยา progesterone แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด หรือมีความยาวปากมดลูกสั้น ซึ่งต้องได้รับการวินิจฉัยและพิจารณาให้ยาจากสูติแพทย์เท่านั้น แต่สถานพยาบาลบางแห่งไม่มีสูติแพทย์อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงดังกล่าวไม่ได้รับยา

นอกจากนี้ที่ประชุมให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า การนำยามาใช้ในการส่งเสริมและป้องกันโรคตามประกาศ “ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10)” จะต้องถูกบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติจึงจะสามารถเบิกงบประมาณการจ่ายชดเชยเพิ่มเติมตามบริการจากกองทุนย่อย (central reimbursement) จาก สปสช. ได้ ทั้งนี้ ยาดังกล่าวอยู่ในระหว่างกระบวนการศึกษาประสิทธิภาพของยาในรูปแบบของ implementation research เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการยื่นพิจารณายาบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ หากมีการนำยามาใช้ในการให้บริการในขณะนี้อาจมีงบประมาณเพิ่มเติมจากการให้บริการเดิมได้

ที่ประชุมให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า การถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางถึงผู้ปฏิบัติงานจะผ่านกลไกการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (Maternal and Child Health board: MCH board) หากมีการประกาศใช้มาตรฐานคุณภาพอาจมีการถ่ายทอดข้อมูลผ่านทาง MCH board เนื่องจาก ในปัจจุบันผู้ปฏิบัติงานบางจังหวัดรับทราบนโยบายการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดจาก MCH board

5. ประเด็นเพิ่มเติมสำหรับพัฒนามาตรฐานคุณภาพในอนาคต

ในการพัฒนามาตรฐานคุณภาพในอนาคต อาจต้องพิจารณาระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานทางวิชาการ (levels of evidence) ด้วย เช่น ระดับความน่าเชื่อถือที่ยอมรับได้ รูปแบบของหลักฐานทางวิชาการที่ยอมรับได้ เป็นต้น จะเห็นได้จากคำแนะนำที่ได้ระบุในแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline: CPG) ของราช-วิทยาลัยได้มีการแสดงข้อมูลระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานทางวิชาการประกอบด้วย ดังนั้น มาตรฐานคุณภาพในอนาคตก็อาจมีระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานทางวิชาการแสดงไว้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจแก่ผู้ให้บริการในการพิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของตนเองต่อไป

6. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปแบบของมาตรฐานคุณภาพ

ที่ประชุมเสนอให้แยกรูปแบบการนำเสนอมาตรฐานคุณภาพ รวมทั้งรายละเอียดต่าง ๆ ตามระดับของสถานพยาบาลโดยต้องพิจารณาว่าบริบทที่เราต้องการสื่อเป็นอย่างไร ยกตัวอย่างเช่น แยกมาตรฐานคุณภาพเฉพาะเรื่องที่ไม่เกินขีดความสามารถของรพ.สต. เป็นต้น

7. ข้อเสนอแนะเพื่อกำกับติดตามการดำเนินงาน

ที่ประชุมเสนอให้พิจารณาแผนการกำกับติดตามการดำเนินงานเพิ่มเติม หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับบริการฝากครรภ์ 3 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สปสช. และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกันจัดทำ รับรองและประกาศใช้มาตรฐานคุณภาพทั้ง 3 บริการ จะมีการกำกับติดตามการนำมาตรฐานคุณภาพไปใช้ในพื้นที่และพื้นที่นำร่องอย่างไรจึงเหมาะสม

8. ข้อเสนอแนะเพื่อประเมินผลมาตรฐานคุณภาพ

-

9. ข้อเสนอแนะเพื่อสื่อสารมาตรฐานคุณภาพไปยังกลุ่มเป้าหมาย

ที่ประชุมให้ความเห็นว่า การนำมาตรฐานคุณภาพไปใช้ในการให้บริการฝากครรภ์ควรมีการสื่อสารไปยังกลุ่มผู้ให้บริการเพื่อให้เข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างของมาตรฐานคุณภาพกับแนวเวชปฏิบัติก่อนที่จะนำไปใช้จริงและควรปรับปรุงสื่อมาตรฐานคุณภาพให้เหมาะสมกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการในแต่ละระดับ

10. ข้อเสนอแนะเพื่อบูรณาการกับมาตรการอื่น ๆ

ที่ประชุมให้ความเห็นว่า มาตรฐานคุณภาพทั้ง 3 บริการ อาจนำไปเสนอต่อคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขต เพื่อพิจารณาเข้าสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ และบูรณาการเข้ากับระบบงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (Quality and Outcome Framework: QOF) เนื่องจาก สปสช. มีแผนพัฒนาและทบทวนระบบดังกล่าวให้อยู่ในรูปแบบการจ่ายเงินชดเชยแบบประเมินมูลค่าหรือการจ่ายตามผลลัพธ์ (Value-Based Payment) ต่อไป

ปิดการประชุม เวลา 16.00 น.

นางสาวศรวณีย์ อวนศรี	ภญ.สุธาสินี คำหลวง
ผู้สรุปการประชุม	ผู้ตรวจรายงานการประชุม

ภาคผนวกที่ 6

รายละเอียดความถี่การดำเนินงานในแต่ละประเภทสถานพยาบาล

1. รายละเอียดความถี่การดำเนินงานในแต่ละประเภทสถานพยาบาล

จังหวัด	หน่วยงาน	ประเภทการบริการ	ความถี่	หน่วย
ก	ก1	หญิงตั้งครรภ์ทุกประเภท	5	วัน/สัปดาห์
	ก2	หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง	1 1	วัน/สัปดาห์
	ก3	หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยง	1	วัน/สัปดาห์
ข	ข1	หญิงตั้งครรภ์ทุกประเภท	5	วัน/สัปดาห์
	ข2	หญิงตั้งครรภ์ทุกประเภท	5	วัน/สัปดาห์
ค	ค1	หญิงตั้งครรภ์ทุกประเภท	5	วัน/สัปดาห์
ง	ง1	หญิงตั้งครรภ์ทุกประเภท	4	วัน/สัปดาห์
	ง2	หญิงตั้งครรภ์ทุกประเภท	½	วัน/สัปดาห์
	ง3	หญิงตั้งครรภ์ทุกประเภท	½	วัน/สัปดาห์

2. จำนวนการให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์

จังหวัด	หน่วยงาน	ประเภท	ประเภทการบริการ	จำนวนบริการ*	หน่วย	เวลาที่ใช้ (นาที/ราย)
ก	ก1	หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยง	ทุกประเภท	2,600* (N/A)	ราย/ปี	30 (N/A)
		หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง	ทุกประเภท	1,040 (N/A)	ราย/ปี	45 (N/A)
	ก2	หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยง	ทุกประเภท (รายใหม่/รายเก่า)	408 (180/228)	ราย/ปี	- (60/20)
		หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง	ทุกประเภท (รายใหม่/รายเก่า)	156 (-/156)	ราย/ปี	- (-/40)
	ก3	หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยง	ทุกประเภท (รายใหม่/รายเก่า)	208 (104/104)	ราย/ปี	- (60/30)
ข	ข1	หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงและที่มีความเสี่ยงสูง	ทุกประเภท (รายใหม่/รายเก่า)	2,600* (N/A)		70 (N/A)
	ข2	หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงและที่มีความเสี่ยงสูง	ทุกประเภท (รายใหม่/รายเก่า)	1,236* (N/A)		55 (N/A)
ค	ค1	หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงและที่มีความเสี่ยงสูง	ทุกประเภท (รายใหม่/รายเก่า)	2,116* (N/A)		30 (N/A)
ง	ง1	หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยง	ทุกประเภท (รายใหม่/รายเก่า)	520 (N/A)	ราย/ปี	- (15/20)
		หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง	ทุกประเภท (รายใหม่/รายเก่า)	7 (N/A)	ราย/ปี	- (60/30)
	ง2	หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยง	ทุกประเภท (รายใหม่/รายเก่า)	360 (180/180)	ราย/ปี	- (45/20)
		หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง	ทุกประเภท	7 (N/A)	ราย/ปี	- (60/30)

จังหวัด	หน่วยงาน	ประเภท	ประเภทการบริการ	จำนวนบริการ*	หน่วย	เวลาที่ใช้ (นาที/ราย)
			(รายใหม่/รายเก่า)			
	ง3	หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยง	ทุกประเภท (รายใหม่/รายเก่า)	416 (104/312)		- (50/25)

* Health Data Center (HDC) report. จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมด (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) LABOR ปีงบประมาณ 2560. กระทรวงสาธารณสุข. วันที่ประมวลผล 13 สิงหาคม 2561, N/A: ไม่มีข้อมูล, ไม่สามารถคาดประมาณได้

ภาคผนวกที่ 7
มาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เรื่องที่ 1 มาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อความคุณภาพที่ 1: การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ*อาการ*และ*อาการ*แสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิขึ้นไป)

หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

หลักการและเหตุผล

- ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นภาวะที่มีการเจ็บครรภ์คลอดเกิดขึ้นก่อนอายุครรภ์ $37^{0/7}$ สัปดาห์ หรือก่อน 259 วัน โดยคำนวณอายุครรภ์จากประวัติการเป็นประจำเดือนครั้งสุดท้ายหรือ ultrasound ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80 [1] จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2550-2553 พบทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมในปี 2550; 2551; 2552; 2553 จำนวน 87,521 คน (ร้อยละ 11); 84,444 คน (ร้อยละ 10); 87,230 คน (ร้อยละ 11) และจำนวน 86,216 คน (ร้อยละ 11) ตามลำดับ [2] ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ มากมาย เช่น ภาวะหายใจลำบาก อุณหภูมิกายไม่คงที่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาเรื่องการย่อยและการดูดซึมสารอาหารไม่สมบูรณ์ ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ภาวะตัวเหลือง เป็นต้น [1]
- ในช่วงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อสังเกตตนเองหากมีอาการผิดปกติหรืออาการที่ต้องรีบไปพบแพทย์เพื่อเข้ารับการดูแลรักษาได้ทันที นอกจากนี้สามีหรือญาติควรมีส่วนร่วมในการรับความรู้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์และลดความวิตกกังวล

การวัดคุณภาพ

- **ด้านโครงสร้าง**
    1. *มีสถานที่สำหรับให้ข้อมูล*
    2. *มีสื่อประกอบการให้ข้อมูล เช่น แผ่นพับ วิดิทัศน์ ภาพพลิก เป็นต้น*
    3. *มีบุคลากรสำหรับให้ข้อมูล*

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านกระบวนการ**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในหน่วยบริการสุขภาพที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในหน่วยบริการสุขภาพ

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านผลลัพธ์**

1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเข้าใจต่อข้อมูลที่ได้รับ

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเข้าใจต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ตัวหาร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกเปิดมากกว่า 2 เซนติเมตรเมื่อมาถึงห้องคลอด

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกเปิดมากกว่า 2 เซนติเมตรเมื่อมาถึงห้องคลอด

ตัวหาร คือ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาห้องคลอด

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไป

ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ

- หน่วยบริการสุขภาพควรเตรียมสถานที่ สื่อประกอบ และบุคลากรสำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เป็นลายลักษณ์อักษร
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (เช่น พยาบาลและแพทย์) เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย

กลุ่มผู้รับบริการ

หญิงตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

แหล่งที่มาของคำแนะนำ

- NICE guideline NG25. Preterm labour and birth. (2015) [3]

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- อาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่
  - ปวดเกร็งท้องคล้ายปวดประจำเดือน [3]
  - ปวดบริเวณต้นขาหรือหลัง ช่วงล่าง อย่างสม่ำเสมอ [3]
  - ปวดหน่วงในอุ้งเชิงกรานหรือรู้สึกคล้ายกับทารกดันลงมา [3]
  - มีสารคัดหลั่งออกจากช่องคลอด อาจเป็นมูก มูกปนเลือด เลือด หรือน้ำคร่ำ [3]
  - มดลูกหดรัดตัวแรงและถี่มากขึ้นมากกว่า 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมงหรือทุก 15 นาที [4]

- ข้อมูลที่หญิงตั้งครรภ์ควรจะได้รับจากผู้ให้บริการ ได้แก่ อาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการประเมินเกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงทุกครั้งที่มารับบริการ ซึ่งอาจทำเป็นรายการ (check-list) ให้เลือกตอบระหว่างรอรับบริการ

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค

หญิงตั้งครรภ์ควรเข้าถึงข้อมูลได้ทุกราย หากหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม รวมทั้งจัดทำสื่อให้เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. พัชรพร รัตนสงคราม. ประเด็นสำคัญในการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2556;21(7).

2. เสาวลักษณ์ ชมภูหลง, สุวัลยา ศรีรักษา. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556;31(2):151-64.

3. National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour and birth (QS135). London; 2016.

4. ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2550;25(2):1-12.

ข้อความคุณภาพที่ 2: การประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิขึ้นไป)

หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกที่หน่วยบริการสุขภาพควรได้รับการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

หลักการและเหตุผล

การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการตายของทารก โดยจากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยง [1] ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด หากหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงควรได้รับคำปรึกษาและได้รับการดูแลในหน่วยบริการสุขภาพที่มีความพร้อมทั้งทางด้านอุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญสูง เพื่อให้การดูแลรักษา ที่เหมาะสม ถูกต้อง และปลอดภัย

การวัดคุณภาพ

- **ด้านโครงสร้าง**
    1. *มีสถานที่สำหรับประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด*
    2. *มีเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด*
    3. *มีบุคลากรสำหรับประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด*

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านกระบวนการ**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกที่หน่วยบริการสุขภาพได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่หน่วยบริการสุขภาพได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่หน่วยบริการสุขภาพ

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านผลลัพธ์**

1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์

ตัวหาร คือ หญิงตั้งครรภ์ทุกราย

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

2. ร้อยละของทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์

ตัวหาร คือ ทารกที่คลอดทุกราย

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ

- หน่วยบริการสุขภาพควรเตรียมสถานที่ เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และบุคลากรสำหรับประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (เช่น พยาบาลและแพทย์) เป็นผู้ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กลุ่มผู้รับบริการ

หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกรายควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

แหล่งที่มาของคำแนะนำ

- NICE guideline NG25. Preterm labour and birth. (2015) [2]

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่
    - มีประวัติคลอดก่อนกำหนดที่ไม่มีสาเหตุ (spontaneous preterm birth) [3]
    - มีประวัติภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนมีการเจ็บครรภ์โดยเกิดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ สัปดาห์ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์ [3]
    - มีประวัติสูญเสียทารกในครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 2 [3]
    - มีประวัติผ่าตัดปากมดลูก [3]
    - น้ำหนักน้อยก่อนตั้งครรภ์ [4]
    - มีภาวะโลหิตจาง [5]
    - มีประวัติภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ (เช่น ภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ [6] ไทรอยด์เป็นพิษ [7]
- การจัดการความเสี่ยง สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดไปรับการดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไปควรจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เช่น ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจภาวะโลหิตจาง เป็นต้น พร้อมทั้งให้การดูแลที่เหมาะสม

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค

หญิงตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หากหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมกับการ ประเมินหญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม

เอกสารอ้างอิง

1. McManemy J, Cooke E, Amon E, Leet T. Recurrence risk for preterm delivery. Am J Obstet Gynecol. 2007;196(6):576.e1-76.e7.

2. National Institute for Health and Care Excellence. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. London; 2015.

3. National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour and birth (QS135). London; 2016.

4. Han Z, Mulla S, Beyene J, Liao G, McDonald SD. Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses. Int J Epidemiol. 2011;40:65-101.

5. Zhang Q, Ananth CV, Li Z, Smulian JC. Maternal anaemia and preterm birth: a prospective cohort study. Int J Epidemiol. 2009;38(5):1380-9.

6. Kock K, Kock F, Klein K, Bancher-Todesca D, Helmer H. Diabetes mellitus and the risk of preterm birth with regard to the risk of spontaneous preterm birth. J Matern Fetal Neonatal Med. 2010;23(9):1004-8.

7. Sheehan PM, Nankervis A, Araujo Junior E, Da Silva Costa F. Maternal Thyroid Disease and Preterm Birth: Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Endocrinol Metab. 2015;100(11):4325-31.

ข้อความคุณภาพที่ 3: การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ)

หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีผลการประเมินที่แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ

หลักการและเหตุผล

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากร เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ และอาคารสถานที่ จึงควรส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ

การวัดคุณภาพ

- **ด้านโครงสร้าง**

การมีแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านกระบวนการ**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านผลลัพธ์**

1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะเจ็บครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะเจ็บครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์

ตัวหาร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

2. ร้อยละของทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์

ตัวหาร คือ ทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ

- หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมีแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กลุ่มผู้รับบริการ

- หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรรับรู้ว่าตนเองต้องได้รับการส่งต่อไปที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิเมื่อมีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

แหล่งที่มาของคำแนะนำ

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (2558) [1]

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่
    - มีประวัติคลอดก่อนกำหนดที่ไม่มีสาเหตุ (spontaneous preterm birth) [2]
    - มีประวัติภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนมีการเจ็บครรภ์โดยเกิดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ สัปดาห์ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์ [2]
    - มีประวัติสูญเสียทารกในครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 2 [2]
    - มีประวัติผ่าตัดปากมดลูก [2]
    - น้ำหนักน้อยก่อนตั้งครรภ์ [3]
    - มีภาวะโลหิตจาง [4]
    - มีประวัติภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ (เช่น ภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ [5] ไทรอยด์เป็นพิษ [6])
- หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานบริการสาธารณสุขชุมชน
- หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์ควรได้รับทราบและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการส่งต่อและแผนการรักษา หากหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก, คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. 2558.

2. National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour and birth (QS135). London; 2016.

3. Han Z, Mulla S, Beyene J, Liao G, McDonald SD. Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses. Int J Epidemiol. 2011;40(1):65-101.

4. Zhang Q, Ananth CV, Li Z, Smulian JC. Maternal anaemia and preterm birth: a prospective cohort study. Int J Epidemiol. 2009;38(5):1380-9.

5. Kock K, Kock F, Klein K, Bancher-Todesca D, Helmer H. Diabetes mellitus and the risk of preterm birth with regard to the risk of spontaneous preterm birth. J Matern Fetal Neonatal Med. 2010;23(9):1004-8.

6. Sheehan PM, Nankervis A, Araujo Junior E, Da Silva Costa F. Maternal Thyroid Disease and Preterm Birth: Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Endocrinol Metab. 2015;100(11):4325-31.

ข้อความคุณภาพที่ 4: การให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) เพื่อกระตุ้นการทำงานของปอดทารกในครรภ์

ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไป)

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) เพื่อกระตุ้นให้การทำงานของปอดทารกในครรภ์สมบูรณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ

หลักการและเหตุผล

ภาวะการเจ็บครรภ์คลอดและคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด โดยทารกในครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ $34^{0/7}$ สัปดาห์จะเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า $34^{0/7}$ สัปดาห์ เช่น ภาวะกดการหายใจในทารกแรกเกิด (Respiratory Distress Syndrome: RDS) เป็นต้น [1] การให้ยา corticosteroids โดยให้เพียง course เดียว (a single course corticosteroids) แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า $34^{0/7}$ สัปดาห์ มีผลในการลด RDS หรือลดความรุนแรงของโรคปอดและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ รวมทั้งลดการเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ (morbidity) และการเสียชีวิต (mortality) ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [2-4]

การวัดคุณภาพ

- **ด้านโครงสร้าง**
    1. *มีแนวทาง ในการให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์*
    2. *มียาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในหน่วยบริการสุขภาพ*
    3. *มีระบบเก็บรักษาและจัดซื้อจัดหายาคอร์ติโคสเตียรอยด์*

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านกระบวนการ**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์อย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์อย่างน้อย 1 ครั้ง

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านผลลัพธ์**

ร้อยละของทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมความดันและปริมาตร (high frequency oscillatory ventilation)

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมความดันและปริมาตร (high frequency oscillatory ventilation)

ตัวหาร คือ ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ทุกราย

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ

- หน่วยบริการสุขภาพ ควรมีแนวทางในการให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ มียาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ในหน่วยบริการสุขภาพ และมีระบบเก็บรักษาและจัดซื้อจัดหายาคอร์ติโคสเตียรอยด์
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (เช่น แพทย์ หรือสูติแพทย์) ในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ พิจารณาให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ แก่หญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ระหว่าง $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดซึ่งคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน พร้อมทั้งอธิบายข้อดี-ข้อเสียของการใช้ยาดังกล่าว

กลุ่มผู้รับบริการ

- หญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ระหว่าง $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดซึ่งคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์เพื่อกระตุ้นให้การทำงานของปอดทารกในครรภ์สมบูรณ์

แหล่งที่มาของคำแนะนำ

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (2558) [1]

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง การเจ็บครรภ์คลอดที่มีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอซึ่งมีผลทำให้เกิดการบางตัวลง และ/หรือการขยายตัวของปากมดลูก ตั้งแต่อายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $36^{6/7}$ สัปดาห์
- การให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์แบบฉีดเพียง course เดียว เพื่อกระตุ้นให้การทำงานของปอดทารกในครรภ์สมบูรณ์ หมายถึง การให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ที่บรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ dexamethasone ขนาด 6 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (Intramuscular Injection: IM) ทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง หรือ betamethasone ขนาด 12 มิลลิกรัม ฉีด IM ทุก 24 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง
- การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (true preterm labour) [1]

- มดลูกมีการหดรัดตัวสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาทีหรือ 8 ครั้งใน 60 นาทีร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง และ
- ปากมดลูกเปิดเท่ากับ 1 เซนติเมตรหรือมากกว่า
- ปากมดลูกบางตัวลงเท่ากับร้อยละ 80 หรือมากกว่า

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ควรได้รับทราบและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์และการส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสมต่อไป หากหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก, คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. 2558.

2. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. Obstet Gynecol. 2016;128(4):e155-e64.

3. National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour and birth (QS135). London; 2016.

4. Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database Syst Rev. 2006(3).

ข้อความคุณภาพที่ 5: การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไป)

หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ และคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ควรได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ ภายใน 24 ชั่วโมง

หลักการและเหตุผล

ทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ก่อน $34^{0/7}$ สัปดาห์ มักมีน้ำหนักตัวน้อย อวัยวะต่าง ๆ ยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ เช่น ปอดไม่เติบโตพอที่จะหายใจได้ตามปกติ ตับยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ มีปัญหาเลือดออกในสมอง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาเรื่องการย่อยและการดูดซึมสารอาหารไม่สมบูรณ์ ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ภาวะตัวเหลือง และสมองอาจมีความพิการได้ง่าย เป็นต้น [1, 2] ดังนั้นทารกที่คลอดก่อนกำหนดมากควรได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตของทารก อย่างไรก็ตาม หน่วยบริการสุขภาพบางแห่งไม่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) สำหรับให้การดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จึงจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีศักยภาพมากกว่า

การวัดคุณภาพ

- **ด้านโครงสร้าง**
    1. *มีแนวทางสำหรับการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่อายุครรภ์ $24^{0/7}$ สัปดาห์ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์*
    2. *มีทรัพยากรที่เหมาะสมในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด เช่น พยาบาล และรถพยาบาลที่มีเครื่องมือช่วยชีวิต (เช่น endotracheal tube, ambulatory bag) และชุดเครื่องมือทำคลอดพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตทารก*

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านกระบวนการ**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ และคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิขึ้นไป ภายใน 24 ชั่วโมง

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ และคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ได้รับการส่งต่อไปรับบริการคลอดที่หน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติภายใน 24 ชั่วโมง

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านผลลัพธ์**

ร้อยละของทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่เสียชีวิตหลังจากได้รับการดูแลในห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่เสียชีวิตหลังจากได้รับการดูแลในห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ

ตัวหาร คือ ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ทุกรายที่ได้รับการดูแลในห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

ร้อยละของทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ 1) intraventicular hemorrhage 2) necrotizing enterocolitis 3) patent ductus arteriosus 4) periventricular leucomalacia 5) respiratory distress syndrome และ 6) retinopathy of prematurity [3]

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ *intraventicular hemorrhage, Necrotizing enterocolitis, Patent ductus arteriosus, 1) intraventicular hemorrhage 2) necrotizing enterocolitis 3) patent ductus arteriosus 4) periventricular leucomalacia 5) respiratory distress syndrome และ 6) retinopathy of prematurity [3]*

ตัวหาร คือ ทารกที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ทุกราย

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

- หน่วยบริการสุขภาพที่ไม่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ ควรเตรียมความพร้อมของระบบ รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ และคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (เช่น แพทย์ หรือสูติแพทย์) ในหน่วยบริการสุขภาพที่ไม่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์และคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วันทุกราย ไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ

กลุ่มผู้รับบริการ

- หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์และคาดว่าจะมีการคลอดภายในระยะเวลา 7 วัน ได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีห้องอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติภายใน 24 ชั่วโมง

แหล่งที่มาของคำแนะนำ

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (2558) [4]

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด [4]
    - มดลูกมีการหดรัดตัวสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาทีหรือ 8 ครั้งใน 60 นาทีร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง และ
    - ปากมดลูกเปิดเท่ากับ 1 เซนติเมตรหรือมากกว่า
    - ปากมดลูกบางตัวลงเท่ากับร้อยละ 80 หรือมากกว่า

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ $24^{0/7}$ ถึง $33^{6/7}$ สัปดาห์ควรได้รับทราบและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการส่งต่อและแผนการรักษา หากหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม

เอกสารอ้างอิง

1. Escobar GJ, McCormick MC, Zupancic JA, Coleman-Phox K, Armstrong MA, Greene JD, Eichenwald EC, Richardson DK. Unstudied infants: outcomes of moderately premature infants in the neonatal intensive care unit. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2006;91(4):F238-44.
2. Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, Shankaran S, Laptook AR, Walsh MC, et al. Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. Pediatrics. 2010;126(3):443-56.
3. Ward R. Neonatal complications following preterm birth. BJOG. 2003;110:8-16.
4. คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก, คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. 2558.

เรื่องที่ 2 มาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ

ข้อความคุณภาพที่ 1: การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิขึ้นไป)

หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์

หลักการและเหตุผล

ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของครรภ์เป็นพิษประมาณร้อยละ 5-10 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด [1] จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2555 พบว่าประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูง บวมและมีโปรตีนในปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด 25 คน เท่ากับ 3.1 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน [2] ยาที่ใช้รักษาภาวะความดันโลหิตสูงอาจทำให้ทารกในครรภ์พิการแต่กำเนิด (congenital abnormalities) และตายคลอด (stillbirth) [3, 4] ดังนั้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงและวางแผนการตั้งครรภ์ควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์และวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์หรือพยาบาล เพื่อป้องกันผลกระทบจากการใช้ยารักษาภาวะดังกล่าว

การวัดคุณภาพ

ด้านโครงสร้าง

1. *มีสถานที่สำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์*
2. *มีสื่อประกอบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์*
3. *มีบุคลากรสำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์*

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

ด้านกระบวนการ

ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงและวางแผนการตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงและวางแผนการตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการสุขภาพและวางแผนการตั้งครรภ์

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

ด้านผลลัพธ์

ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงและวางแผนการตั้งครรภ์มีความเข้าใจต่อข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงและวางแผนการตั้งครรภ์มีความเข้าใจต่อข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงและวางแผนการตั้งครรภ์ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ

- หน่วยบริการสุขภาพควรเตรียมสถานที่ สื่อประกอบ และบุคลากรสำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (เช่น พยาบาลและแพทย์) เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงและวางแผนการตั้งครรภ์

กลุ่มผู้รับบริการ

หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงและวางแผนการตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

แหล่งที่มาของคำแนะนำ

NICE guideline CG107. Diagnosis and management. (2011) [3]

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- หญิงวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง หญิงที่มีความสามารถที่จะมีบุตรซึ่งมีอายุระหว่าง 15-49 ปี [5]
- หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ได้รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงด้วยยาลดความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ตัว [3]
- การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ หมายถึง การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูงโดยหลีกเลี่ยงการใช้ยาต่อไปนี้ [3, 4]
    - ยา angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors หรือ angiotensin II receptor blockers (ARBs) เนื่องจากการใช้ยานี้ระหว่างตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดความผิดปกติแต่กำเนิดของทารกในครรภ์
    - ยา chlorothiazide เนื่องจากการใช้ยานี้ระหว่างตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดความผิดปกติแต่กำเนิดและภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค

หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงและวางแผนการตั้งครรภ์ควรเข้าถึงข้อมูลได้ทุกราย หากมีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูล หากไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม รวมทั้งจัดทำสื่อให้เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Bilano VL, Ota E, Ganchimeg T, Mori R, Souza JP. Risk Factors of Pre-Eclampsia/Eclampsia and Its Adverse Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A WHO Secondary Analysis. PLOS ONE. 2014;9(3):e91198.
2. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข อัตรามารดาตาย. 2556.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guideline: Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. London; 2010.
4. von Dadelszen P, Menzies J, Gilgoff S, Xie F, Douglas MJ, Sawchuck D, Magee LA. Evidence-based management for preeclampsia. Front Biosci. 2007;12:2876-89.
5. สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ : คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. นนทบุรี; 2554.

ข้อความคุณภาพที่ 2: การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิขึ้นไป)

หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ รวมทั้งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงหากผลประเมินแสดงว่ามีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

หลักการและเหตุผล

ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นภาวะความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกราย โดยเฉพาะในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ได้รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์และหญิงที่มีประวัติภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ [1] ในปี พ.ศ. 2550-2551 ประเทศไทยมีความชุกของภาวะครรภ์เป็นพิษ ร้อยละ 2.82 [2] ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย [3, 4] ถึงแม้ว่าไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนของการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ แต่การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าวในระหว่างตั้งครรภ์จะช่วยให้หน่วยบริการสุขภาพจัดบริการที่เหมาะสมได้ หากหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงควรได้รับการดูแลในหน่วยบริการสุขภาพที่มีความพร้อมทั้งทางด้านอุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญสูง เพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ถูกต้อง และปลอดภัย [3]

การวัดคุณภาพ

- ด้านโครงสร้าง
    1. *มีสถานที่สำหรับดำเนินการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงจากภาวะดังกล่าว*
    2. *มีสื่อประกอบการให้ข้อมูล เช่น แผ่นพับ วิดิทัศน์ ภาพพลิก เป็นต้น*
    3. *มีบุคลากรสำหรับดำเนินการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษระหว่างตั้งครรภ์และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าว*

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- ด้านกระบวนการ

1. *ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ*

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์

2. *ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์และมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ*

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์และมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- ด้านผลลัพธ์

1. *ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง*

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพ

2. *ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่มีความเข้าใจต่อข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ*

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพที่มีความเข้าใจต่อข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพ

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ

- หน่วยบริการสุขภาพควรเตรียมสถานที่ สื่อประกอบ และบุคลากรสำหรับประเมินและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ และแผนการรักษาหากเกิดภาวะดังกล่าว เช่น แนวทางการส่งต่อ เป็นต้น
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (เช่น แพทย์และพยาบาล) เป็นผู้ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่ผลการประเมินแสดงว่ามีความเสี่ยงสูง

กลุ่มผู้รับบริการ

- หญิงตั้งครรภ์ทุกรายควรรับรู้ว่าตนเองต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ
- หญิงตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
- หญิงตั้งครรภ์ที่ผลการประเมินแสดงว่ามีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับทราบแผนการรักษาและได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น เพิ่มความถี่ในการติดตามการรักษา เป็นต้น

แหล่งที่มาของคำแนะนำ

- NICE guideline CG107. Diagnosis and management. (2011) [1]
- แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ (2558) [3]

- NICE guideline QS35. Hypertension in pregnancy. (2013) [4]

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- ภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia) [3, 5] หมายถึง ภาวะความดันโลหิต systolic ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิต diastolic ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไปและเคยมีความดันโลหิตปกติ (new-onset) ร่วมกับการมีภาวะใดภาวะหนึ่งดังต่อไปนี้
    - ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ <u>หรือ</u>
    - มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตรซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset) <u>หรือ</u>
    - ค่าการทำงานของไต (serum creatinine) มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าการทำงานไตเดิมโดยไม่ได้มีโรคไตอื่นซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset) <u>หรือ</u>
    - มีการเพิ่มขึ้นของค่าเอนไซม์ตับ (liver transaminase) เป็น 2 เท่าของค่าปกติซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset)
    - มีภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ที่เกิดขึ้นใหม่ (new-onset) <u>หรือ</u>
    - อาการทางสมองหรือตาที่เกิดขึ้นใหม่ (new-onset)
- ความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ ประเมินจากการมีปัจจัยเสี่ยงสูง 1 ปัจจัย หรือปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง ตั้งแต่ 2 ปัจจัยขึ้นไป

ปัจจัยเสี่ยงสูง เช่น

- มีประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษที่ต้องให้คลอดก่อน 34 สัปดาห์ ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อนหน้า [3]
- มีประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษมาแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งขึ้นไป [3]
- มีประวัติภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์จากครรภ์ก่อน [4]
- โรคไตเรื้อรัง [4]
- โรคภูมิต้านตนเอง เช่น systemic lupus erythematosus หรือ antiphospholipid syndrome เป็นต้น [4]
- โรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ 2 [4]
- ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง [4]

ปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง เช่น

- ครรภ์แรก [4]
- อายุมากกว่า 40 ปี [4]
- ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์มากกว่า 10 ปี [4]
- ดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) มากกว่า 35 kg/m^2 [4]
- บุคคลในครอบครัวมีประวัติครรภ์เป็นพิษ [4]
- ครรภ์แฝด [4]

- หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ได้รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ได้รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงด้วยยาลดความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ตัว

- การจัดการความเสี่ยง สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษไปรับการดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไปควรปรับแผนการรักษาและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม เช่น เพิ่มความถี่ในการติดตามการรักษา หรือการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค

หญิงตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับทราบและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษระหว่างตั้งครรภ์โดยไม่ขึ้นกับเชื้อชาติและสิทธิการรักษา หากหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guideline [CG107]: Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. London; 2011.
2. Bilano VL, Ota E, Ganchimeg T, Mori R, Souza JP. Risk Factors of Pre-Eclampsia/Eclampsia and Its Adverse Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A WHO Secondary Analysis. PLOS ONE. 2014;9(3):e91198.
3. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ. 2558.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in pregnancy (QS35). London; 2013.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Obstet Gynecol. 2013;122(5).

ข้อความคุณภาพที่ 3: การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ)

หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีผลการประเมินแสดงว่ามีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

หลักการและเหตุผล

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ ควรได้รับการดูแลรักษาในสถานพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะดังกล่าวอย่างใกล้ชิด หากเกิดภาวะดังกล่าวขึ้นก็สามารถให้การวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมในกรณีที่จำเป็นได้อย่างทันเวลา [1] ซึ่งการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ทันเวลา และการดูแลที่เหมาะสม จะช่วยลดอันตรายและความรุนแรงที่จะเกิดต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ [2] ทั้งนี้ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าว เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากร เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ และอาคารสถานที่ [3] ด้วยขีดความสามารถที่จำกัด การให้ความสำคัญกับคุณภาพของระบบส่งต่อจึงมีความสำคัญ ดังนั้นจึงควรส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าวไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างเหมาะสม และใช้ทรัพยากรในเครือข่ายที่มีจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด [3]

การวัดคุณภาพ

- **ด้านโครงสร้าง**

การมีแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านกระบวนการ**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านผลลัพธ์**

1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษและเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษและเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง

ตัวหาร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

*2. สัดส่วนของอุบัติการณ์การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษที่**ได้รับ**การส่งต่อ ต่ออุบัติการณ์การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษที่**ไม่ได้รับ**การส่งต่อ*

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ อุบัติการณ์การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษที่**ได้รับ**การส่งต่อ ไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

ตัวหาร คือ อุบัติการณ์การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษที่**ไม่ได้รับ**การส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ

- หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมีแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ
- หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมีการเตรียมความพร้อมของระบบ รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

กลุ่มผู้รับบริการ

หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรรับรู้ว่าตนเองต้องได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปหากมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

แหล่งที่มาของคำแนะนำ

- NICE guideline CG107. Diagnosis and management. (2011) [4]
- แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ (2558) [2]
- NICE guideline QS35. Hypertension in pregnancy. (2013) [1]

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- ภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia) [2, 5] หมายถึง ภาวะความดันโลหิต systolic ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิต diastolic ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไปและเคยมีความดันโลหิตปกติ (new-onset) ร่วมกับการมีภาวะใดภาวะหนึ่งดังต่อไปนี้
    - ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ หรือ
    - มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตรซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset) หรือ

- ค่าการทำงานของไต (serum creatinine) มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าการทำงานไตเดิมโดยไม่ได้มีโรคไตอื่นซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset) <u>หรือ</u>
- มีการเพิ่มขึ้นของค่าเอนไซม์ตับ (liver transaminase) เป็น 2 เท่าของค่าปกติซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset)
- มีภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ที่เกิดขึ้นใหม่ (new-onset) <u>หรือ</u>
- อาการทางสมองหรือตาที่เกิดขึ้นใหม่ (new-onset)

- ความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ ประเมินจากการมีปัจจัยเสี่ยงสูง 1 ปัจจัย หรือปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง ตั้งแต่ 2 ปัจจัยขึ้นไป
- ปัจจัยเสี่ยงสูง เช่น
  - มีประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษที่ต้องให้คลอดก่อน 34 สัปดาห์ ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อนหน้า [2]
  - มีประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษมาแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งขึ้นไป [2]
  - มีประวัติภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์จากครรภ์ก่อน [1]
  - โรคไตเรื้อรัง [1]
  - โรคภูมิต้านตนเอง เช่น systemic lupus erythematosus หรือ antiphospholipid syndrome เป็นต้น [1]
  - โรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ 2 [1]
  - ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง [1]

ปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง เช่น

- ครรภ์แรก [1]
- อายุมากกว่า 40 ปี [1]
- ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์มากกว่า 10 ปี [1]
- ดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) มากกว่า 35 kg/m^2 [1]
- บุคคลในครอบครัวมีประวัติครรภ์เป็นพิษ [1]
- ครรภ์แฝด [1]

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับทราบและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการส่งต่อและแผนการดูแล หากหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่ไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in pregnancy (QS35). London; 2013.

2. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ. 2558.
3. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561 - 2565. นนทบุรี; 2559.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guideline [CG107]: Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. London; 2011.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Obstet Gynecol. 2013;122(5).

ข้อความคุณภาพที่ 4: การป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ

ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไปที่มีสูติแพทย์ประจำ)

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับยาแอสไพรินขนาด 81 มิลลิกรัม ทุกวันตั้งแต่อายุครรภ์ $12^{0/7}$ สัปดาห์จนคลอด ในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไปที่มีสูติแพทย์ประจำ

หลักการและเหตุผล

ข้อมูลในปี พ.ศ. 2550-2551 ชี้ว่า ในประเทศไทยมีความชุกของภาวะครรภ์เป็นพิษร้อยละ 2.82 [1] ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย [2, 3] การใช้ยาแอสไพรินสามารถลดการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานพบว่า การให้ยาแอสไพรินขนาดต่ำ ก่อนอายุครรภ์ $16^{0/7}$สัปดาห์ สามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า การคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ [4-7]

การวัดคุณภาพ

- ด้านโครงสร้าง
    4. มีแนวทางในการให้ยาแอสไพริน
    5. มียาแอสไพรินในหน่วยบริการสุขภาพ
    6. มีระบบเก็บรักษาและจัดซื้อจัดหายาแอสไพริน

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- ด้านกระบวนการ

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษที่ได้รับยาแอสไพริน

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษที่ได้รับยาแอสไพริน

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- ด้านผลลัพธ์

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษและเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษและเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษทุกราย

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ

- หน่วยบริการสุขภาพควรมีแนวทางในการให้ยาแอสไพริน มียาแอสไพรินในหน่วยบริการสุขภาพ และมีระบบเก็บรักษาและจัดซื้อจัดหายาแอสไพริน

- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (เช่น แพทย์หรือสูติแพทย์) ควรพิจารณาให้ยาแอสไพรินแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษตั้งแต่อายุครรภ์ $12^{0/7}$ สัปดาห์จนคลอด พร้อมทั้งอธิบายข้อดี-ข้อเสียของการใช้ยาดังกล่าว

กลุ่มผู้รับบริการ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรตระหนักถึงความจำเป็นในการใช้ยาแอสไพรินเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ และใช้ยาตามที่แพทย์หรือสูติแพทย์แนะนำ

แหล่งที่มาของคำแนะนำ

- NICE guideline CG62. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. (2017) [8]
- NICE guideline CG107. Diagnosis and management. (2011) [9]
- แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ (2558) [2]

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- ความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ ประเมินจากการมีปัจจัยเสี่ยงสูง 1 ปัจจัย หรือปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง ตั้งแต่ 2 ปัจจัยขึ้นไป

ปัจจัยเสี่ยงสูง เช่น

  - มีประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษที่ต้องให้คลอดก่อน 34 สัปดาห์ ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อนหน้า [2]
  - มีประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษมาแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งขึ้นไป [2]
  - มีประวัติภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์จากครรภ์ก่อน [3]
  - โรคไตเรื้อรัง [3]
  - โรคภูมิต้านตนเอง เช่น systemic lupus erythematosus หรือ antiphospholipid syndrome เป็นต้น [3]
  - โรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ 2 [3]
  - ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง [3]

ปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง เช่น

  - ครรภ์แรก [3]
  - อายุมากกว่า 40 ปี [3]
  - ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์มากกว่า 10 ปี [3]
  - ดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) มากกว่า 35 kg/m^2 [3]
  - บุคคลในครอบครัวมีประวัติครรภ์เป็นพิษ [3]
  - ครรภ์แฝด [3]

- การให้ยาแอสไพริน หมายถึง การให้ยาแอสไพรินขนาด 81 มิลลิกรัม แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษตั้งแต่อายุครรภ์ $12^{0/7}$ สัปดาห์จนคลอด [9]
- ข้อห้ามใช้ของยาแอสไพริน ประกอบด้วย

- ผู้ที่แพ้ยาแอสไพริน
- ผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่นซึ่งเป็นข้อห้ามใช้ของยาแอสไพริน
- ผู้ที่ใช้ยาอื่นที่สามารถเกิดอันตรกิริยากับยาแอสไพริน

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษทุกรายควรได้รับยาแอสไพรินเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ และได้รับทราบและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาแอสไพริน หากหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม

เอกสารอ้างอิง

1. Bilano VL, Ota E, Ganchimeg T, Mori R, Souza JP. Risk Factors of Pre-Eclampsia/Eclampsia and Its Adverse Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A WHO Secondary Analysis. PLOS ONE. 2014;9(3):e91198.
2. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ. 2558.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in pregnancy (QS35). London; 2013.
4. Roberge S, Sibai B, McCaw-Binns A, Bujold E. Low-Dose Aspirin in Early Gestation for Prevention of Preeclampsia and Small-for-Gestational-Age Neonates: Meta-analysis of Large Randomized Trials. Am J Perinatol. 2016;33(8):781-5.
5. Xu TT, Zhou F, Deng CY, Huang GQ, Li JK, Wang XD. Low-Dose Aspirin for Preventing Preeclampsia and Its Complications: A Meta-Analysis. J Clin Hypertens. 2015;17(7):567-73.
6. Gan J, He H, Qi H. Preventing preeclampsia and its fetal complications with low-dose aspirin in East Asians and non-East Asians:A systematic review and meta-analysis. Hypertens Pregnancy. 2016;35(3):426-35.
7. Roberge S, Nicolaides K, Demers S, Hyett J, Chaillet N, Bujold E. The role of aspirin dose on the prevention of preeclampsia and fetal growth restriction: systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2017;216(2):110-20.e6.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. London; 2008.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guideline: Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. London; 2010.

ข้อความคุณภาพที่ 5: การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ

ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ)

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิที่มีสูติแพทย์หรือโรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป

หลักการและเหตุผล

ในปี พ.ศ. 2550-2551 ประเทศไทยมีความชุกของภาวะครรภ์เป็นพิษร้อยละ 2.82 [1] ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย [2, 3] หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ ควรได้รับการดูแลรักษาในสถานพยาบาลเพื่อประเมินและติดตามการดำเนินไปของภาวะครรภ์เป็นพิษอย่างใกล้ชิด รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง และให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมในกรณีที่จำเป็นได้อย่างทันเวลา [3] ซึ่งการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ทันเวลา และการดูแลที่เหมาะสม จะช่วยลดอันตรายและความรุนแรงที่จะเกิดต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ [2] ทั้งนี้ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าว เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากร เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ และอาคารสถานที่ [4] ด้วยขีดความสามารถที่จำกัด การให้ความสำคัญกับคุณภาพของระบบส่งต่อจึงมีความสำคัญ ดังนั้นจึงควรส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าวไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างเหมาะสม และใช้ทรัพยากรในเครือข่ายที่มีจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด [4]

การวัดคุณภาพ

- **ด้านโครงสร้าง**

การมีแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษไปที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านกระบวนการ**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านผลลัพธ์**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง
โดยคำนวณได้จาก
ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง
ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษ
แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ
ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม
กลุ่มผู้ให้บริการ

- หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมีแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ
- หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมีการเตรียมความพร้อมของระบบ รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ

กลุ่มผู้รับบริการ
หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแล้วได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษควรรับรู้ว่าตนเองต้องได้รับการส่งต่อไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป
แหล่งที่มาของคำแนะนำ
แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ (2558) [2]
นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ [5] หมายถึง ความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบก่อนการตั้งครรภ์หรือให้การวินิจฉัยก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือ ความดันโลหิตสูงที่ให้การวินิจฉัยหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์และยังคงสูงอยู่หลังคลอดเกิน 12 สัปดาห์
- ภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia) [2, 5] หมายถึง ภาวะความดันโลหิต systolic ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิต diastolic ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไปและเคยมีความดันโลหิตปกติ (new-onset) ร่วมกับการมีภาวะใดภาวะหนึ่งดังต่อไปนี้
    - ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ หรือ
    - มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตรซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset) หรือ
    - ค่าการทำงานของไต (serum creatinine) มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าการทำงานไตเดิมโดยไม่ได้มีโรคไตอื่นซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset) หรือ
    - มีการเพิ่มขึ้นของค่าเอนไซม์ตับ (liver transaminase) เป็น 2 เท่าของค่าปกติซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset)
    - มีภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ที่เกิดขึ้นใหม่ (new-onset) หรือ
    - อาการทางสมองหรือตาที่เกิดขึ้นใหม่ (new-onset)

- ภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง (pre-eclampsia with severe features) [2] หมายถึง ภาวะครรภ์เป็นพิษที่พบร่วมกับภาวะในข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
    - ความดันโลหิต systolic ≥160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิต diastolic ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท หรือ
    - มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือ
    - มีการเพิ่มขึ้นของค่าเอนไซม์ตับ (liver transaminase) เป็น 2 เท่าของค่าปกติ หรือมีอาการปวดบริเวณใต้ชายโครงขวาหรือใต้ลิ้นปี่อย่างรุนแรง และอาการปวดไม่หายไป (severe persistence) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และไม่ใช่เกิดจากการวินิจฉัยอื่น หรือทั้ง 2 กรณี หรือ
    - ค่าการทำงานของไต (serum creatinine) มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าการทำงานไตเดิมโดยไม่ได้มีโรคไตอื่น หรือ
    - มีภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) หรือ
    - มีอาการทางสมองหรือตาที่เกิดขึ้นใหม่ (new-onset)

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษทุกราย ควรได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป หากหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์และให้การดูแลระหว่างการส่งต่อ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม

เอกสารอ้างอิง

1. Bilano VL, Ota E, Ganchimeg T, Mori R, Souza JP. Risk Factors of Pre-Eclampsia/Eclampsia and Its Adverse Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A WHO Secondary Analysis. PLOS ONE. 2014;9(3):e91198.
2. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ. 2558.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in pregnancy (QS35). London; 2013.
4. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561 - 2565. นนทบุรี; 2559.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Obstet Gynecol. 2013;122(5).

ข้อความคุณภาพที่ 6: การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง

ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิขึ้นไป)

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงควรได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงได้ ภายใน 24 ชั่วโมง

หลักการและเหตุผล

ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของครรภ์เป็นพิษประมาณร้อยละ 5-10 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ [1] จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2555 พบว่าประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูง บวม และมีโปรตีนในปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ ทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด 25 คน หรือเท่ากับ 3.1 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน [2] นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น เช่น ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ภาวะเลือดออกในสมอง ตับและไตวาย [3] ดังนั้นการวินิจฉัยและการให้การรักษาที่เหมาะสมและทันเวลาแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงจึงมีความสำคัญในการป้องกันการเสียชีวิตและพิการ อีกทั้งยังเป็นการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด

การวัดคุณภาพ

- **ด้านโครงสร้าง**
    1. *มีแนวทาง/คู่มือหรือแผนการจัดการดูแลสำหรับการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง*
    2. *สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไป มีทรัพยากรที่เหมาะสมในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง เช่น พยาบาล และรถพยาบาล โดยรถพยาบาลมีเครื่องมือช่วยชีวิต (เช่น endotracheal tube, ambulatory bag) และชุดเครื่องมือทำคลอดพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตทารก*
    3. *สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไป มียา 10% MgSO4 ชนิดให้ทางหลอดเลือดดำในรถพยาบาลใช้ส่งต่อผู้ป่วย*

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านกระบวนการ**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงที่ได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงได้

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงที่ได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงได้

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านผลลัพธ์**

1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงที่เสียชีวิต

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงที่เสียชีวิต

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงที่มีภาวะชัก

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงที่มีภาวะชัก

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ

- หน่วยบริการสุขภาพเตรียมความพร้อมของระบบ รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อส่งต่อและป้องกันการชักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (เช่น พยาบาล หรือแพทย์) ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าว

กลุ่มผู้รับบริการ

หญิงตั้งครรภ์ได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงได้และได้รับยาเพื่อป้องกันการชักซ้ำระหว่างการส่งต่อ

แหล่งที่มาของคำแนะนำ

- แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ (2558) [3]
- WHO recommendations for the prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia (2011) [4]

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- ภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia) [3, 5] หมายถึง ภาวะความดันโลหิต systolic ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิต diastolic ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไปและเคยมีความดันโลหิตปกติ (new-onset) ร่วมกับการมีภาวะใดภาวะหนึ่งดังต่อไปนี้
    - ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ หรือ
    - มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตรซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset) หรือ
    - ค่าการทำงานของไต (serum creatinine) มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าการทำงานไตเดิมโดยไม่ได้มีโรคไตอื่นซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset) หรือ

- มีการเพิ่มขึ้นของค่าเอนไซม์ตับ (liver transaminase) เป็น 2 เท่าของค่าปกติซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset)
- มีภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ที่เกิดขึ้นใหม่ (new-onset) หรือ
- อาการทางสมองหรือตาที่เกิดขึ้นใหม่ (new-onset)

- ภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง (pre-eclampsia with severe features) หมายถึง ภาวะครรภ์เป็นพิษที่พบร่วมกับภาวะในข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
  - ความดันโลหิต systolic ≥160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิต diastolic ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท หรือ
  - มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือ
  - มีการเพิ่มขึ้นของค่าเอนไซม์ตับ (liver transaminase) เป็น 2 เท่าของค่าปกติ หรือมีอาการปวดบริเวณใต้ชายโครงขวาหรือใต้ลิ้นปี่อย่างรุนแรง และอาการปวดไม่หายไป (severe persistence) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และไม่ใช่เกิดจากการวินิจฉัยอื่น หรือทั้ง 2 กรณี หรือ
  - ค่าการทำงานของไต (serum creatinine) มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าการทำงานไตเดิมโดยไม่ได้มีโรคไตอื่น หรือ
  - มีภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) หรือ
  - มีอาการทางสมองหรือตาที่เกิดขึ้นใหม่ (new-onset)

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค (social and equality considerations)

หญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงทุกรายควรได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง โดยไม่ขึ้นกับเชื้อชาติและสิทธิการรักษา หากหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์และให้การดูแลระหว่างการส่งต่อ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม

เอกสารอ้างอิง

1. Bilano VL, Ota E, Ganchimeg T, Mori R, Souza JP. Risk Factors of Pre-Eclampsia/Eclampsia and Its Adverse Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A WHO Secondary Analysis. PLOS ONE. 2014;9(3):e91198.
2. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข อัตรามารดาตาย. นนทบุรี; 2556.
3. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ. 2558.
4. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva; 2011.

5. American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Obstet Gynecol. 2013;122(5).

ข้อความคุณภาพที่ 7: การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิขึ้นไป)

หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

หลักการและเหตุผล

หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษมีความเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดและหัวใจเพิ่มขึ้น [1] ดังนั้นหญิงกลุ่มนี้ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษต่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป รวมทั้งความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตเพื่อให้หญิงกลุ่มนี้มีความตระหนักและเฝ้าระวังตนเองหากวางแผนการตั้งครรภ์ในอนาคตหรือหากพบภาวะความดันโรคหิตสูงจะได้เข้าสู่การรักษาได้ทันเวลาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การวัดคุณภาพ

- **ด้านโครงสร้าง**
    1. *มีสถานที่สำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต*
    2. *มีสื่อประกอบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต*
    3. *มีบุคลากรสำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต*

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านกระบวนการ**

ร้อยละของหญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือมีภาวะครรภ์เป็นพิษมาตรวจหลังคลอดในหน่วยบริการสุขภาพที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

ตัวหาร คือ หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มาตรวจหลังคลอดในหน่วยบริการสุขภาพ

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านผลลัพธ์**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเข้าใจต่อข้อมูลที่ได้รับ

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือมีภาวะครรภ์เป็นพิษมาตรวจหลังคลอดที่ 2-6 สัปดาห์ มีความเข้าใจต่อข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

ตัวหาร คือ หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือมีภาวะครรภ์เป็นพิษมาตรวจหลังคลอดที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ

- หน่วยบริการสุขภาพควรเตรียมสถานที่ สื่อประกอบ และบุคลากรสำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตในการตรวจหลังคลอด
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (เช่น พยาบาลและแพทย์) เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตแก่หญิงหลังคลอดทุกราย

กลุ่มผู้รับบริการ

หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือมีภาวะครรภ์เป็นพิษ หรือระยะก่อนคลอด ควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ในการตรวจหลังคลอด

แหล่งที่มาของคำแนะนำ

NICE guideline CG107. Diagnosis and management. (2011) [2]

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- ข้อมูลความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษและมีโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่เหมาะสม รวมถึงได้รับการเน้นย้ำให้มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษและไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับการเน้นย้ำให้มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป
- ข้อมูลความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต หมายถึง หญิงที่มีประวัติภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับข้อมูลว่าภาวะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการเกิดภาวะโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

- ภาวะโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (gestational hypertension) หมายถึง ความดันโลหิตสูงเมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ขึ้นไป โดยไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) [1]
- ภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia) [3, 4] หมายถึง ภาวะความดันโลหิต systolic ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิต diastolic ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไปและเคยมีความดันโลหิตปกติ (new-onset) ร่วมกับการมีภาวะใดภาวะหนึ่งดังต่อไปนี้
    - ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ หรือ
    - มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตรซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset) หรือ
    - ค่าการทำงานของไต (serum creatinine) มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าการทำงานไตเดิมโดยไม่ได้มีโรคไตอื่นซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset) หรือ
    - มีการเพิ่มขึ้นของค่าเอนไซม์ตับ (liver transaminase) เป็น 2 เท่าของค่าปกติซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset)
    - มีภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ที่เกิดขึ้นใหม่ (new-onset) หรือ
    - อาการทางสมองหรือตาที่เกิดขึ้นใหม่ (new-onset)

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค

สตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษทุกรายที่มาตรวจหลังคลอดที่ 2-6 สัปดาห์ ควรได้รับทราบและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต หากหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูล และหากไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in pregnancy (QS35). London; 2013.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guideline [CG107]: Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. London; 2011.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Obstet Gynecol. 2013;122(5).
4. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ. 2558.

ข้อความคุณภาพที่ 7: การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิขึ้นไป)

หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

หลักการและเหตุผล

หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษมีความเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดและหัวใจเพิ่มขึ้น [1] ดังนั้นหญิงกลุ่มนี้ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษต่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป รวมทั้งความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตเพื่อให้หญิงกลุ่มนี้มีความตระหนักและเฝ้าระวังตนเองหากวางแผนการตั้งครรภ์ในอนาคตหรือหากพบภาวะความดันโรคหิตสูงจะได้เข้าสู่การรักษาได้ทันเวลาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การวัดคุณภาพ

- **ด้านโครงสร้าง**
    4. *มีสถานที่สำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต*
    5. *มีสื่อประกอบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต*
    6. *มีบุคลากรสำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต*

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านกระบวนการ**

ร้อยละของหญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือมีภาวะครรภ์เป็นพิษมาตรวจหลังคลอดในหน่วยบริการสุขภาพที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

ตัวหาร คือ หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มาตรวจหลังคลอดในหน่วยบริการสุขภาพ

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านผลลัพธ์**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเข้าใจต่อข้อมูลที่ได้รับ

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือมีภาวะครรภ์เป็นพิษมาตรวจหลังคลอดที่ 2-6 สัปดาห์ มีความเข้าใจต่อข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

ตัวหาร คือ หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือมีภาวะครรภ์เป็นพิษมาตรวจหลังคลอดที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ

- หน่วยบริการสุขภาพควรเตรียมสถานที่ สื่อประกอบ และบุคลากรสำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตในการตรวจหลังคลอด
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (เช่น พยาบาลและแพทย์) เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตแก่หญิงหลังคลอดทุกราย

กลุ่มผู้รับบริการ

หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือมีภาวะครรภ์เป็นพิษ หรือระยะก่อนคลอด ควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ในการตรวจหลังคลอด

แหล่งที่มาของคำแนะนำ

NICE guideline CG107. Diagnosis and management. (2011) [2]

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- ข้อมูลความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษและมีโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่เหมาะสม รวมถึงได้รับการเน้นย้ำให้มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษและไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับการเน้นย้ำให้มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป
- ข้อมูลความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต หมายถึง หญิงที่มีประวัติภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษควรได้รับข้อมูลว่าภาวะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการเกิดภาวะโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

- ภาวะโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (gestational hypertension) หมายถึง ความดันโลหิตสูงเมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ขึ้นไป โดยไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) [1]
- ภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia) [3, 4] หมายถึง ภาวะความดันโลหิต systolic ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิต diastolic ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไปและเคยมีความดันโลหิตปกติ (new-onset) ร่วมกับการมีภาวะใดภาวะหนึ่งดังต่อไปนี้
    - ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ หรือ
    - มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตรซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset) หรือ
    - ค่าการทำงานของไต (serum creatinine) มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าการทำงานไตเดิมโดยไม่ได้มีโรคไตอื่นซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset) หรือ
    - มีการเพิ่มขึ้นของค่าเอนไซม์ตับ (liver transaminase) เป็น 2 เท่าของค่าปกติซึ่งเกิดขึ้นใหม่ (new-onset)
    - มีภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ที่เกิดขึ้นใหม่ (new-onset) หรือ
    - อาการทางสมองหรือตาที่เกิดขึ้นใหม่ (new-onset)

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค

สตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษทุกรายที่มาตรวจหลังคลอดที่ 2-6 สัปดาห์ ควรได้รับทราบและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต หากหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูล และหากไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in pregnancy (QS35). London; 2013

2. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guideline [CG107]: Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. London; 2011.

3. American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Obstet Gynecol. 2013;122(5).

4. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ. 2558.

ข้อความคุณภาพที่ 2: การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ)

หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และมีผลการประเมินที่แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวควรได้รับการส่งต่อไปดูแล และคลอดที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

หลักการและเหตุผล

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็น 1 ใน 3 สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก [1] หลักฐานจากการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลัง (case-control studies) และการทบทวนวรรณกรรม (review) แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง เช่น หญิงที่ตั้งครรภ์แฝดหรือมีประวัติเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษมีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยง [2-4] หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวเนื่องด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากร เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ และอาคารสถานที่ จึงควรส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

การวัดคุณภาพ

- **ด้านโครงสร้าง**

การมีแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวไปดูแลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านกระบวนการ**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวได้รับการส่งต่อไปดูแลและคลอดที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวได้รับการส่งต่อไปดูแลและคลอดที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านผลลัพธ์**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวและมีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวและมีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

ตัวหาร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมีแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

กลุ่มผู้รับบริการ

หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรรับรู้ว่าตนเองต้องได้รับการส่งต่อไปที่หน่วยหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หากมีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

แหล่งที่มาของคำแนะนำ

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว (2558) [1]

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง ภาวะที่มีเลือดออกปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตรหลังการคลอดทางช่องคลอดหรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตรหลังการผ่าตัดคลอด [1]
- หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว ได้แก่
    - มีประวัติเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด [2, 3]
    - มีประวัติเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ [3]
    - มีอายุมากกว่า 35 ปี [2]
- หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานบริการสาธารณสุขชุมชน
- หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลรับส่งผู้ป่วยส่งต่อระดับต้นขึ้นไป

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวควรได้รับทราบและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการส่งต่อและแผนการดูแล หากหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา

หรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์และดูแลระหว่างการส่งต่อ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว. 2558.
2. Breathnach F, Geary M. Uterine atony: definition, prevention, nonsurgical management, and uterine tamponade. Semin Perinatol. 2009;33(2):82-7.
3. Combs CA, Murphy EL, Laros RK, Jr. Factors associated with hemorrhage in cesarean deliveries. Obstet Gynecol. 1991;77(1):77-82.
4. Sosa CG, Althabe F, Belizan JM, Buekens P. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. Obstet Gynecol. 2009;113(6):1313-9.

ข้อความคุณภาพที่ 3: การให้ยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อรักษาภาวะโลหิตจางที่อาจมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์

ข้อความคุณภาพ (สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิขึ้นไป)

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่อาจมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็กควรได้รับการรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อลดความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

หลักการและเหตุผล

ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลก โดยมีสาเหตุหลักจากการขาดธาตุเหล็ก [1] ประเทศไทยมีรายงานการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 17 ในปีงบประมาณ 2560 [2] หลักฐานจากการศึกษาแบบทดลองโดยมีการสุ่มและการควบคุม (randomized controlled trial; RCT) แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเกิดการตกเลือดขณะคลอดและหลังคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง [3] ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่อาจมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็กควรได้รับการรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อลดความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

การวัดคุณภาพ

- **ด้านโครงสร้าง**
  1. *มีแนวทางในการให้ยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อรักษาภาวะโลหิตจางที่อาจมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็ก*
  2. *มียาเสริมธาตุเหล็กในหน่วยบริการสุขภาพ*
  3. *มีระบบเก็บรักษาและจัดซื้อจัดหายาเสริมธาตุเหล็ก*

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านกระบวนการ**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่อาจมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็กที่ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่อาจมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็กที่ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก

ตัวหาร คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

- **ด้านผลลัพธ์**

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวและเกิดภาวะช็อก

โดยคำนวณได้จาก

ตัวตั้ง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวและเกิดภาวะช็อก

ตัวหาร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

แหล่งข้อมูลสำหรับวัดคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บจากหน่วยบริการสุขภาพ

ผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

กลุ่มผู้ให้บริการ

- หน่วยบริการสุขภาพ ควรมีแนวทางในการให้ยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อรักษาภาวะโลหิตจางที่อาจมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็ก มียาเสริมธาตุเหล็กในหน่วยบริการสุขภาพ และมีระบบเก็บรักษาและจัดซื้อจัดหายาเสริมธาตุเหล็ก
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ (เช่น พยาบาล หรือแพทย์) ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิขึ้นไป พิจารณาให้ยาเสริมธาตุเหล็กแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่อาจมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็กเพื่อลดความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว พร้อมทั้งอธิบายข้อดี-ข้อเสียของการใช้ยาดังกล่าว

กลุ่มผู้รับบริการ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่อาจมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็กควรได้รับการรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อลดความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว

แหล่งที่มาของคำแนะนำ

The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage (green-top guideline no.52). (2016) [4]

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

- ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง ภาวะที่มีเลือดออกปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตรหลังการคลอดทางช่องคลอดหรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตรหลังการผ่าตัดคลอด [5]
- ภาวะโลหิตจาง หมายถึง ภาวะที่มีระดับฮีโมโกลบินในเลือดน้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร [6] หรือมีระดับฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33
- การรักษาภาวะโลหิตจางที่อาจมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็ก หมายถึง การให้ยาเสริมธาตุเหล็กชนิดรับประทานขนาด 100-200 มิลลิกรัมต่อวัน ติดต่อกันทุกวันนาน 1 เดือน เพื่อให้ระดับฮีโมโกลบินในเลือดกลับสู่ระดับปกติ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 11 กรัมต่อเดซิลิตร ในกรณีที่ระดับฮีโมโกลบินในเลือดไม่กลับสู่ระดับปกติควรตรวจหาสาเหตุของภาวะโลหิตจางเพิ่มเติม

ข้อพิจารณาด้านสังคมและความเสมอภาค

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กควรได้รับทราบและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อลดความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว หากหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ควรจัดให้มีผู้ที่เหมาะสมเพื่อให้การดูแลแก่หญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจภาษาไทยควรจัดให้มีล่าม

เอกสารอ้างอิง

1. Anaemia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited February 2, 2018]. Available from: http://www.who.int/topics/anaemia/en/.

2. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ปีงบประมาณ 2560 [Internet]. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2561 [cited 2 กุมภาพันธ์ 2561]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c&id=9024b8ee2bd07548c8f12517eb3021e6.

3. Kavle JA, Stoltzfus RJ, Witter F, Tielsch JM, Khalfan SS, Caulfield LE. Association between anaemia during pregnancy and blood loss at and after delivery among women with vaginal births in Pemba Island, Zanzibar, Tanzania. J Health Popul Nutr. 2008;26(2):232-40.

4. Mavrides E, Allard S, Chandraharan E, Collins P, Green L, Hunt BJ, Riris S, Thomson AJ. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. BJOG. 2017;124(5):e106-e49.

5. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว. 2558.

6. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลสตรีตั้งครรภ์. 2552.