

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อลดความขัดแย้งทางการแพทย์
งานบริการสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ

The Quality Development of Maternal and Child
for Reduce Medical Conflicts
in Public Health Service Sisaket Province

ศรีเรือน ดีพูน, ศศ.ม.*

วิไลลักษณ์ ไชยมงคล, พย.ม.**

Siruean Deepoon, M.A.*

Vilailuk Chaimongkol, M.N.S.**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ 33000

Sisaket provincial public health, Sisaket Province, Thailand, 33000

*Corresponding author ; E-mail address: sri_0359@hotmail.com

**Corresponding author; E-mail address: vilailuk08_noy@hotmail.com

บทคัดย่อ

เหตุผลการศึกษา : ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายที่ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2553-2555 จังหวัดศรีสะเกษส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยด้านสูติกรรม และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายของผู้ป่วยด้านสูติกรรม จึงมีความจำเป็นที่สร้างประโยชน์แก่ผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการงานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดศรีสะเกษ

สถานที่ทำการศึกษา : โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษจำนวน 22 แห่ง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) รวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 22 แห่ง ดำเนินการระหว่าง ปีงบประมาณ 2556 ถึงปีงบประมาณ 2559

- ผลการศึกษา** : ผลลัพธ์การดำเนินการในปีงบประมาณ 2556-2557 พบว่าผู้รับบริการทางด้านสูติกรรมได้รับการดูแลผ่านกระบวนการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กตามชุดโปรแกรมที่จัดขึ้นโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดและอำเภอ Maternal Child Health Board (MCH Board) และผู้รับบริการที่ได้รับการพิจารณาช่วยเหลือตามมาตรา 41 ด้านสูติกรรม กรณีทารกคลอดแล้วยากแค้นไม่ขึ้นลดลงแต่ลูกตาย แม่ตาย ตกเลือดหลังคลอด เพิ่มมากขึ้น ในปี 2558 MCH Board จึงได้ทบทวนและพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กอีกรอบหนึ่ง ผลลัพธ์เมื่อเปรียบเทียบปัญหาความขัดแย้งทางการแพทย์ด้านสูติกรรมที่ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ปี 2559 กับปี 2555 ก่อนที่ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลตามชุดโปรแกรมที่จัดขึ้นโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก พบว่าผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลตามชุดโปรแกรมที่จัดขึ้นโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ได้รับการพิจารณาช่วยเหลือตามมาตรา 41 จากเดิมปี 2555 ลดลงร้อยละ 8.2
- สรุป** : ผลของการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการความขัดแย้งด้านการแพทย์งานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อเป็นข้อมูลด้านบริหารในการกำหนดนโยบายในการดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและขยายผลในเครือข่ายบริการต่อไป โดยพบว่า ผู้รับบริการทางด้านสูติกรรมที่ได้รับการดูแลตามชุดโปรแกรมที่จัดขึ้นโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดศรีสะเกษในปี 2559 ที่มีความขัดแย้งได้รับการพิจารณาช่วยเหลือตามมาตรา 41 ลดลง
- คำสำคัญ** : งานอนามัยแม่และเด็ก, ความขัดแย้งทางการแพทย์

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุริรัมย์ 2561;33(1): 23-36

ABSTRACT

- Background** : Medical Service recipients who have received basic medical assistance under Section 41 of the National Health Security Act 2010-2055 in Sisaket Province are mostly obstetric patients. Therefore, the prevention of the damage of the patient's obstetrician. It is necessary to benefit the service.
- Objective** : The study aimed to study the situation of medical conflict issues in Maternal and child health services and Quality Development of Maternal and child for Reduce Medical conflicts In Public Health Service Sisaket province.

- Setting** : 22 setting all of hospital in Sisaket province.
- Methods** : This research was performed in the action research from Kimmis & McTaggart There are 4 steps: 1) analyze the situation 2) follow the plan 3) observe the plan and 4) reflect the performance Follow up. data were collected from 2012 to 2017 and analyzed by descriptive statistics.
- Results** : The study findings there was from 2013-2014 expenditure, all of the obstetric patients receiving care were monitored through from the Maternal Child Health Development Program (MCH Board) obstetric patients who were considered for assistance under section 41 Shoulder dystocia and brachial plexus palsy decrease but perinatal motility Postpartum haemorrhage maternal death increase In 2015, the MCH Board reviewed and improved maternal and child health. The results when comparing obstetric conflict issues for primary aid applications under Section 41, 2016 and 2012 before the caregiver is cared for by a series of programs administered by the faculty. Mother and Child Health Committee It was found that the caregivers were supervised by a series of programs organized by the Maternal and Child Health Committee. Considered to be assisted under section 41 from the previous year 2012, a decrease of 8.2 percent. The research found that obstetric patients receiving care under the developed program in 2016. Conflicts were considered aid under Section 41 reduction.
- Conclusion** : The results of this research can be used as a guide to managing medical conflict management of Maternal and child For the chief executive in policy making in the implementation of the model developed and expanded service network in the following .
- Keywords** : Maternal and child health, medical conflict.

Med J Sisaket Surin Buriram Hosp 2018, 33(1): 23-36

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันสถานการณ์ข้อพิพาทในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลกำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ข้อพิพาทที่สามารถพูดจาทำความเข้าใจกันได้กลายเป็นคดีความขึ้นสู่ศาลมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย เช่น ความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วยเริ่มเป็นไปในทางไม่ดี ระบบบริการเริ่มมีปัญหาเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มีความวิตกกังวลต่อการประกอบอาชีพของตนเองกับตัวบทกฎหมายทั้งทางแพ่งทางอาญา มีการส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น การไม่ทำการผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชน การส่งตรวจอย่างละเอียดเกินความจำเป็น เป็นต้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกข้อบังคับกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลเพื่อบรรเทาความเดือดร้อน โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ถูกผิดจะเห็นว่าตามบทบัญญัติในมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดดังกล่าวมีเจตนารมณ์ที่จะช่วยให้ผู้ที่ได้รับความเสียหายหรือทายาทได้รับการช่วยเหลือในเบื้องต้นที่รวดเร็ว เป็นมาตรการทางศีลธรรมและยังมีความมุ่งหวังในการลดความขัดแย้ง เพื่อการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการให้คงอยู่ต่อไป⁽¹⁾

จากการศึกษาข้อมูลพบว่าจำนวนผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย จากการรับบริการที่ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 แห่ง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2553-2555 ของจังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยด้านสูติกรรม ร้อยละ 48.1, 56.0 และ 52.4 ตามลำดับ และในจำนวนผู้ป่วยด้านสูติกรรม (ไม่นับรวมทำหมันแล้วตั้งครรรภ์) พบว่ากรณีคลอดติดไหล่ ส่งผลให้ทารกได้รับความเสียหาย ได้แก่ เส้นประสาทที่แขนขาดเจ็บ รวมทั้งมีภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอดจำนวน 7 ราย 11 ราย และ 9 รายตามลำดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษและหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดศรีสะเกษมีกระบวนการแก้ปัญหาที่ผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหาย แตกต่างกันไป ตามแต่ละบริบทของพื้นที่ รวมทั้งมีกระบวนการพิจารณากรณีความเสียหายทางการแพทย์ของผู้รับบริการที่ขอรับความช่วยเหลือตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545⁽²⁾ ทำให้ความขัดแย้งไม่ขยายตัวและยุติเรื่องได้

ดังนั้น การป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายและความขัดแย้งทางการแพทย์จากผู้ป่วยด้านสูติกรรม ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนาคุณภาพบริการงานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดศรีสะเกษจะทำให้ลดความขัดแย้งทางการแพทย์ลงได้หรือไม่ เพื่อกำหนดเป็นนโยบายและแนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดศรีสะเกษต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการอนามัยแม่และเด็กของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษให้ลดความขัดแย้งทางการแพทย์

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ของ Kemmis & McTaggart⁽³⁾ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อลดความขัดแย้งทางการแพทย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนคือ 1) การวางแผนการพัฒนาระบบ (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection)

ขอบเขตการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 22 แห่งดำเนินการระหว่าง ปีงบประมาณ 2555 ถึง ปีงบประมาณ 2559

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวนทั้งสิ้น 30 คน 2) ตัวแทนคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดศรีสะเกษ (MCH Board) จำนวน 12 คน และ 3) ตัวแทนคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จังหวัดศรีสะเกษจำนวน 5 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แนวทางการจัดประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด

ระยะดำเนินการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินการ 4 ขั้นตอนหลักมีรายละเอียด ดังนี้

1) การวางแผนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) โดยการประชุมตัวแทนผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาล ในจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อวิเคราะห์ทบทวนสถานการณ์โดยการวิเคราะห์จุดเด่นและจุดด้อยของรูปแบบการจัดการข้อขัดแย้งงานอนามัยแม่และเด็ก ประเด็นการร้องเรียน สาเหตุการเกิดข้อร้องเรียน และแนวทางการจัดการแก้ไข รวมทั้งทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดศรีสะเกษโดยผู้วิจัยนำเสนอผลการทบทวนสถานการณ์ รวมทั้งประชุมวางแผนกำหนดแนวทางการดำเนินงาน และจัดทำนโยบายการจัดการข้อขัดแย้งงานอนามัยแม่และเด็กของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action)

ผู้วิจัยดำเนินการตามแผนโดยการจัดประชุมผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาล ในจังหวัดศรีสะเกษ ทั้ง 22 แห่ง เพื่อมอบนโยบายการจัดการข้อขัดแย้งงานอนามัยแม่และเด็กของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษและจัดประชุมทบทวนองค์ความรู้โดยสูติ-นรีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวทางการดูแลแม่และเด็กเพื่อป้องกันการฟ้องร้องด้านสูติกรรม

3) สังเกตการณ์ (Observation)

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการตามแผน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์ที่วิจัยพัฒนาขึ้นจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์ที่ประกอบการพิจารณาคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งสังเกตการณ์ และติดตามเยี่ยมการดำเนินการในแต่ละพื้นที่ เพื่อประเมินประเด็นปัจจัยสนับสนุนปัจจัยอุปสรรค และปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติการตามแผนโดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องตามแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกที่วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

4) สะท้อนกลับ (Reflection)

มีการประชุมระดมสมองสะท้อนคิดของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดศรีสะเกษ (MCH Board) โดยร่วมกันประเมินผลและทบทวนแผนการปฏิบัตินำไปสู่การปฏิบัติการในรอบที่ 2 และนำปัญหาและอุปสรรคที่พบมารวบรวมกันวางแผนปรับปรุงแผนการปฏิบัติและติดตามประเมินผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนที่ 1) การวางแผนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) โดยใช้กระบวนการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดการทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนด้านบริการทางการแพทย์ขั้นตอนที่ 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) โดยใช้กระบวนการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ขั้นตอนที่ 3) สังเกตการณ์ (Observation) โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มแนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และขั้นตอนที่ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) โดยใช้การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และให้ผู้เข้าร่วมศึกษามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ทุกกระบวนการ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมการวิจัยเป็นอย่างดี โดยในทุกกระบวนการศึกษา ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีให้的重要性和พิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นสำคัญ มีการแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนร่วมดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน โดยผู้วิจัยยึด

หลักจริยธรรม 3 ประการ การทำวิจัยในคนทั่วไป ได้แก่ 1) หลักความเคารพในตัวบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม (Justice) และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงความคิดเห็น เพื่อยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเมื่อที่ต้องการ งานวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบและอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ รับรอง SPPH 2017-011

ผลการศึกษา

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ ปัญหาความขัดแย้งทางการแพทย์ด้านอนามัยแม่ และเด็ก 2) กระบวนการและผลการพัฒนา คุณภาพบริการงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัด ศรีสะเกษ

1. สถานการณ์ปัญหาความขัดแย้งทางการแพทย์ด้านอนามัยแม่และเด็ก

ก่อนการพัฒนาพบว่า สถานการณ์ปัญหา ความขัดแย้งทางการแพทย์ ของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2553-2555 ส่วนใหญ่เป็นกรณียื่นคำร้องเพื่อ ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตาม มาตรา 41 แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็น ผู้ป่วยด้านสูติกรรมซึ่งไม่นับรวมกรณีที่มีการ ทำหมันแล้วเกิดการตั้งครรภ์ในภายหลัง โดยพบ สูงถึง ร้อยละ 48.1, 56.0 และ 52.4 ตามลำดับ และพบว่า การคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) ซึ่งส่งผลต่อทารกทำให้เกิดการบาดเจ็บของเส้น ประสาทที่แขน ทารกไม่สามารถขยับแขนได้ (Erb's palsy) รวมทั้ง สมองของทารกมีความ

พิการจากการขาดออกซิเจนเป็นระยะเวลานาน (Birth asphyxia) ซึ่งในปีงบประมาณ 2553-2555 พบ จำนวน 7 ราย 11 ราย และ 9 ราย ตามลำดับ โดยที่สาเหตุที่ส่งผลให้เกิดปัญหาดังกล่าว คือ การ ประเมินการน้ำหนักแรกเกิดก่อนคลอดคลาด เคลื่อน กล่าวคือต่ำกว่าความเป็นจริง ทำให้ขณะ คลอดทารกมีขนาดโตตัว (Macrosomia) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษและ หน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดศรีสะเกษ มีกระบวนการแก้ปัญหาที่ผู้รับบริการสาธารณสุข ได้รับ ความเสียหาย แตกต่างกันไปตามแต่ละ บริบทของพื้นที่ รวมทั้งมีกระบวนการพิจารณา กรณีความเสียหายทางการแพทย์ของผู้รับบริการ ที่ขอรับความช่วยเหลือตามมาตรา 41 แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545⁽²⁾ ที่ทำให้ความขัดแย้งไม่ขยายตัวและยุติ เรื่องได้ อย่างไรก็ตามการป้องกันไม่ให้เกิดความ ขัดแย้งทางการแพทย์จากผู้ป่วยด้านสูติกรรม จึง จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการงานอนามัย แม่และเด็กของจังหวัดศรีสะเกษ

2. กระบวนการและผลการพัฒนาระบบการจัดการข้อขัดแย้งทางการแพทย์ด้าน อนามัยแม่และเด็ก

จากสถานการณ์ปัญหาความขัดแย้ง ทางแพทย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ ที่มีอยู่ พบว่า ขาดการมีส่วนร่วมและ การเชื่อมโยงข้อมูล ในปี พ.ศ.2556 ผู้วิจัยจึงได้ สร้างการมีส่วนร่วมผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผน การพัฒนา และร่วมตัดสินใจในการจัดกิจกรรม โดยเสนอให้มีการ จัดประชุมคณะกรรมการ อนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) เพื่อนำเสนอ

สถานการณ์ทารกที่ได้รับความเสียหายจากการคลอดติดไหล่ที่ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ทบทวนกระบวนการดูแลมารดาและทารก กรณีศึกษาโดยได้เชิญสูติแพทย์เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นวิทยากรและให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งพบว่า การที่ทารกคลอดติดไหล่เกิดจากการประมาณการน้ำหนักทารกในครรภ์คลาดเคลื่อน กล่าวคือประมาณการน้ำหนักทารกไว้น้อยกว่าน้ำหนักจริงเมื่อคลอด ซึ่งเดิมห้องคลอดใช้การวัดความสูงของมดลูกจากกระดูกหัวเหน่า (symphysis pubis) ถึงยอดมดลูก (high of fundus) เป็นระดับ 1/2 หรือ 3/4 ระดับสะดือ แล้วคาดคะเนน้ำหนักทารกพบว่ามีความคลาดเคลื่อน ต่อมาผู้เชี่ยวชาญได้แนะนำให้ใช้การคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยใช้ การวัดความสูงของมดลูกจากกระดูกหัวเหน่า (symphysis pubis) ถึงยอดมดลูก (high of fundus) เป็นเซนติเมตร แล้วคาดคะเนโดยใช้ตารางคาดคะเนน้ำหนักเป็นกรัมซึ่งพบว่ามีความใกล้เคียงกับน้ำหนักทารกเมื่อแรกคลอด ทำให้สามารถวางแผนการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงได้จัดประชุมบุคลากรที่ดูแลมารดาและทารกขึ้นเพื่อให้มีการนำวิธีการประมาณการน้ำหนักทารกในครรภ์แบบใหม่มาใช้ในการบริการคลอด (MCH Board) จัดทำ Clinical Practice Guidelines (CPG) การดูแลในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด จัดทำคู่มือการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์และคลอดสำหรับบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัดให้กับสถานบริการทุกแห่งในจังหวัดศรีสะเกษผลลัพธ์การดำเนินการส่งผลให้จำนวนทารกที่หลังคลอดแล้วยากแขน

ไม่ขึ้นที่ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ลดลงชัดเจน จะเห็นได้จากข้อมูลผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นปี 2556-2557 พบว่าจำนวนทารกที่ได้รับความเสียหายจากการคลอดติดไหล่มีจำนวนลดลง เหลือ 2, 1 รายตามลำดับ แต่ในปี 2556-2557 ส่วนใหญ่ยังคงเป็นผู้ป่วยด้านสูติกรรม ร้อยละ 72 และ 60 ตามลำดับ และในจำนวนผู้ป่วยด้านสูติกรรม (ไม่นับรวมทำหมันแล้วตั้งครรภ์) พบว่าจำนวนลูกตาย, แม่ตาย และตกเลือดหลังคลอดมีจำนวนมากขึ้น ดังนั้นในปี 2558 คณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จังหวัดศรีสะเกษ จึงได้เสนอปัญหาผู้ป่วยสูติกรรมที่ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้แก่คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH Board) อีกครั้งเพื่อนำไปหาแนวทางแก้ไข ซึ่งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH Board) ได้ดำเนินการพัฒนาระบบงานอนามัยแม่และเด็กดังนี้

1) กำหนดเป็นนโยบายของจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กตามเกณฑ์โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และตำบลนมแม่

2) กำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกันภายในจังหวัดศรีสะเกษ ในการกำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของการดำเนินงานลดอัตราการตายของมารดาจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดสาเหตุการตายของมารดา ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและระยะหลังคลอด 42 วัน โดยมุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและมีโรค

ทางอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ต้องได้รับการดูแลโดยสูติแพทย์หรือแพทย์ทั่วไปที่มีความเชี่ยวชาญ ภายใต้การควบคุมกำกับของสูติแพทย์ประจำเครือข่ายตลอดการตั้งครรภ์และกำหนดทุกโรงพยาบาลมีระบบเฝ้าระวังการตายของมารดามีกระบวนการประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์คุณภาพ เช่น การมีกระบวนการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์และการจัดการความเสี่ยงเป็นรายกรณีได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โรงพยาบาลมีพัฒนาห้องคลอดผ่านเกณฑ์ห้องคลอดคุณภาพ มีการกำหนดให้ทีมจังหวัดออกเยี่ยมเสริมพลังติดตามประเมินงานทุกโรงพยาบาลที่มีห้องคลอด ทุก 3 เดือน

3) กำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH Board) เพื่อดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และการจัดกิจกรรม Case conference มารดาตายและทารกตายปริกำเนิด การจัดทำแผนงานโครงการและกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพบริการงานอนามัยแม่และเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน รวมทั้งรับทราบปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหการดำเนินงานร่วมกัน อย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี

4) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มพูนองค์ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับให้สามารถจัดบริการได้มาตรฐาน รพ./รพ.สต.พัฒนา Antenatal care (ANC)/Labour room (LR) คุณภาพและเพิ่มศักยภาพ ทักษะประสบการณ์พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน ANC ในการดูแลกลุ่มตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

5) ทบทวน CPG การดูแลในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด โดย MCH Board

โดยจัดทำคู่มือการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์และคลอดสำหรับบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ ฉบับปรับปรุง เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัดให้กับสถานบริการทุกแห่งในจังหวัดศรีสะเกษ

6) MCH Board ระดับจังหวัด มีการจัดระบบการรายงาน กรณีมารดาตาย ทารกตายแจ้งให้จังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมงทางโทรศัพท์ พร้อมแบบรายงาน ก 1 และมีการทบทวนทำ Case conference เสนอ MCH Board ระดับอำเภอและจังหวัด

7) จัดประชุมผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์ระดับอำเภอเพื่อทบทวน วิเคราะห์ปัญหา แลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์และพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

8) MCH Board ระดับจังหวัดร่วมกับ MCH Board มีการพิจารณาเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องพบ ผู้เชี่ยวชาญของจังหวัด โดยแบบประเมินครรภ์เสี่ยงสูง โดยมีการประเมินและกำหนดค่าคะแนน ดังนี้ 1) Low Risk ให้ ANC ที่ PCU (Primary Care Unit) หรือ รพ.สต.แต่ต้องได้พบแพทย์ตามเกณฑ์ ANC คุณภาพ 2) High Risk ให้ ANC ที่โรงพยาบาลชุมชนและส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ

9) ประสานการส่งต่อและให้คำปรึกษาผ่าน Line group หรือโทรศัพท์ก่อนส่งต่อทุกราย จัดระบบ Obstetrics fast tract รองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน โดย 1) จัดช่องทางการสื่อสารผ่านระบบ Line communication ในกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม 2) จัดช่องทางการสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์สายตรง ที่ห้องคลอดและประสานสูติแพทย์เวร 3) จัดช่องทางด่วน รองรับผู้คลอด หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วย

นรีเวช รองรับผู้คลอด/ผู้ป่วยทางสูตินรีเวชที่มีภาวะวิกฤตโดยไม่ต้องผ่านห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

10) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง และมีการเชื่อมโยงการดำเนินงานของ MCH Board กับ District health system (DHS) และเชื่อมโยงสู่ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

11) พัฒนาศักยภาพชุมชนในการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก

12) พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยจัดประชาคม เพื่อให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงเรียนรู้ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้าและไม่ครบคุณภาพ

13) สนับสนุนสื่อ ความรู้ วิชาการ รวมทั้งการเป็นวิทยากรในการออกไปให้ความรู้แก่พื้นที่

14) พัฒนาระบบฐานข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็กในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการงานอนามัยแม่และเด็ก ในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ทุกครั้งที่ให้บริการ

15) ทีมประเมินระดับจังหวัดออกประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์รพ./รพ.สต.มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ตำบลนมแม่ในสถานบริการสาธารณสุข

16) สถานบริการมีการทบทวนปัญหาในการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย

17) นิเทศ ติดตาม สนับสนุน ตลอดจนประสานการจัดทำแผนงานโครงการ ติดตามสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอตำบล ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาทางอนามัยแม่และเด็กตามบริบทของแต่ละพื้นที่โดยใช้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เงินบำรุงโรงพยาบาล และกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเพื่อให้เกิดผลสำเร็จตามตัวชี้วัดที่กำหนด

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาอัตราส่วนการตายมารดาของจังหวัดศรีสะเกษมีแนวโน้มลดลง พบว่า ปี 2556, 2557, 2558 และ 2559 อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน เท่ากับ 36.8, 7.7, 42.3 และ 16.4 ตามลำดับเมื่อเทียบกับสถานการณ์ในประเทศไทย มารดาตายในปี 2560 ลดลงเมื่อเทียบกับอัตราส่วนการตายมารดาในช่วงเวลาเดียวของปี 2559 ซึ่งมีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 24.0 (2 รายต่อ 11,121 ต่อการเกิดมีชีพ) เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของมารดาในปี 2559 มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือด 1 รายและมีเนื้องอกในสมองก่อนตั้งครรภ์ 1 ราย สำหรับผลการจัดบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กพบว่า โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กจำนวน 19 แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งหมด 22 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 86.3 อีก 3 แห่งยังไม่อยู่ในเป้าหมายการประเมินเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเปิดใหม่ ไม่เปิดบริการห้องคลอด

ตารางที่ 1 สภาวะสุขภาพของมารดา จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2556-2559

ข้อมูล	เกณฑ์	ปีงบประมาณ			
		2556	2557	2558	2559
จำนวนมารดาคลอด (คน)		13,563	12,830	11,841	12,176
จำนวนมารดาตาย (คน)		5	1	5	2
สาเหตุของมารดาตาย					
ตกเลือดหลังคลอด (ราย)		2	1	2	1
มีโรคทางอายุรกรรมร่วม					
โรคเอดส์		1	0	0	0
โรคหัวใจ		1	0	2	0
ไทรอยด์และติดเชื้อในกระแสเลือด		0	0	1	0
เนื้องอกในสมอง		0	0	0	1
เกล็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือด		0	0	0	0
ผิดปกติ สงสัยใช้เลือดออก					
อัตราการตายของมารดา	20: แสวงการ เกิดมีชีพ	36.8	7.7	42.3	16.4
มารดาคลอดบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี	ร้อยละ 10	19.1	17.9	17.0	17.0
อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ (HDC)	ร้อยละ 60	NA	60.0	73.6	60.8
อัตราการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ คุณภาพ (HDC)	ร้อยละ 60	เดิม 4 ครั้ง	NA	63.0	50.0
อัตราหญิงมีครรภ์มีภาวะโลหิตจาง					
Hct< 33% (HCT1) (HDC)	<ร้อยละ18	16.4	20.0	19.6	19.1
ภาวะตกเลือดหลังคลอด	<ร้อยละ 5	0.7	0.8	0.9	1.5
Casehigh risk pregnancy ได้รับการ ดูแลจากเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญทุกราย	ร้อยละ 100	N/A	N/A	100	100
พบสูติแพทย์แพทย์ทั่วไปและอายุรแพทย์	ร้อยละ100	N/A	N/A	N/A	100
(472)					
หญิงหลังคลอดได้รับ การดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ 65	15.1	33.5	57.7	62.6

ที่มา : รายงาน ก.2 plus และรายงาน HDC ในระบบ 43 จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2556-2559

การอภิปรายผล

ปี 2556 คณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จังหวัดศรีสะเกษ ได้นำเสนอข้อมูลให้คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดศรีสะเกษ (MCH Board) พิจารณาแก้ไขประเด็นผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ในจังหวัดศรีสะเกษ โดยเฉพาะกรณีทารกหลังคลอดได้รับความเสียหาย ได้แก่ ทารกยกแขนไม่ขึ้นมีทั้งเส้นประสาทบริเวณรักแร้ได้รับบาดเจ็บจนทำให้มีความพิการ คลอดติดไหล่เวลานานทำให้ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนหลังคลอด ตลอดจนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกระยะ คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดศรีสะเกษ (MCH Board) ได้จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องพบว่าสาเหตุทารกหลังคลอดได้รับความเสียหายเกิดจากการคาดคะเนน้ำหนักแรกเกิดคลาดเคลื่อน ทำให้ทารกคลอดติดไหล่ จึงให้มีการนำวิธีการประมาณการน้ำหนักทารกในครรภ์แบบใหม่มาใช้ในการบริการคลอด และ MCH Board จัดทำ CPG การดูแลในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด จัดทำคู่มือการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์และคลอดสำหรับบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัดให้กับสถานบริการทุกแห่งในจังหวัดศรีสะเกษผลลัพธ์การดำเนินการ ส่งผลให้จำนวนทารกที่หลังคลอดแล้วยกแขนไม่ขึ้นที่ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ลดลงชัดเจน แต่ในปี 2556-2557 ส่วนใหญ่ยังคงเป็นผู้ป่วยด้านสูติกรรม ร้อยละ 72 และ 60 ตามลำดับ และในจำนวนผู้ป่วยด้านสูติกรรม (ไม่นับรวมทำหมันแล้วตั้งครรภ์) พบว่าจำนวนลูกตาย, แม่ตาย และตกเลือดหลังคลอดมีจำนวนมากขึ้น

ดังนั้นในปี 2558 คณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จังหวัดศรีสะเกษ จึงได้เสนอปัญหาผู้ป่วยสูติกรรมที่ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH Board) อีกครั้งเพื่อนำไปหาแนวทางแก้ไข ซึ่งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH Board) ได้ดำเนินการพัฒนาระบบงานอนามัยแม่และเด็กโดยมีการจัดระบบบริการคุณภาพในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ใช้การขับเคลื่อนโดย MCH board ร่วมกับ Service plan สาขาสูติศาสตร์และสาขาทารกแรกเกิด กระบวนการดำเนินงานเน้นหนักโครงการ/กิจกรรมในด้านการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มพูนทักษะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญในการดูแลมารดาและทารก โดยการประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่องปีละ 1 ครั้ง การเยี่ยมติดตามการพัฒนาตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งการจัดทำคู่มือมาตรฐานการบริการฝากครรภ์ มาตรฐานงานห้องคลอด และการบริหารทารกแรกเกิดในห้องคลอด ภาวะวิกฤตทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาและระบบการส่งต่อของเครือข่ายสูติกรรมจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อสนับสนุนการจัดระบบบริการคัดกรองและประเมินภาวะเสี่ยงและการดูแลส่งต่อหญิงมีครรภ์ของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ นอกจากนั้นได้พัฒนาระบบการดูแลมารดาและทารกแรกเกิดเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และกระบวนการงานในห้องคลอด นำข้อมูลสู่การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ร่วมกับโรงพยาบาลศูนย์และศูนย์อนามัยที่ 7 สุพรรณบุรี การพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการสร้างระบบการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการประเมินผลการเปลี่ยนแปลง สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายด้านสูตินรีเวชกรรม การจัดระบบการให้บริการที่โรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญและการพัฒนาระบบส่งต่อที่รวดเร็วอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดอัตราการตายของมารดาและทารกในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากดำเนินงานจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และงบสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีระบบการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก การประเมินผลเพื่อจัดลำดับการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก (Ranking) และการนิเทศงานผสมผสานปีละ 2 ครั้ง

สรุปผล

ผลของการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการความขัดแย้งด้านการแพทย์งานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อเป็นข้อมูลด้านบริหารในการกำหนดนโยบายในการดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและขยายผลในเครือข่ายบริการต่อไป โดยพบว่า ผู้รับบริการทางด้านสูติกรรมที่ได้รับการดูแลตามชุดโปรแกรมที่จัดขึ้นโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดศรีสะเกษในปี 2559 ที่มีความขัดแย้งได้รับการพิจารณาช่วยเหลือตามมาตรา 41 ลดลง ตามแผนพัฒนาคุณภาพบริการงานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดศรีสะเกษ

ข้อเสนอแนะ

ผลของการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ได้จริงในการจัดการจัดการข้อขัดแย้งด้านการแพทย์ในงานอนามัยแม่และเด็ก เป็นข้อมูลด้านบริหารในการกำหนดนโยบาย ในการดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ควรมีการเสริมแรง พัฒนาศักยภาพ แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติตามรูปแบบ และขยายผลในเครือข่ายบริการต่อไป ขณะเดียวกันโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการจัดการความขัดแย้งด้วยการสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการรับเรื่องร้องเรียนเข้ารับการอบรมหลักสูตรการจัดการความขัดแย้งและพัฒนาทักษะนักเจรจาไกล่เกลี่ย เพื่อในการจัดการความขัดแย้งไปในทางสร้างความพึงพอใจทั้งแก่ฝ่ายผู้รับบริการและฝ่ายบุคลากรทางการแพทย์⁽⁶⁾

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกแห่ง คณะกรรมการ MCH Board คณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จังหวัดศรีสะเกษและผู้มีส่วนร่วมที่ทำให้โครงการวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. บรรพต ตันธีรวงศ์. การจัดการความขัดแย้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2546.

2. งานเวชสถิติ 2553-2557. สถิติงานอนามัยแม่และเด็ก. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ; 2557.
3. Kemmis, S. McTaggart, R. Participatory Action Research Communicative Action and the Public Sphere. In Denzin, N. and Lincoln, Y., Eds., The Sage Handbook of Qualitative Research, 3rd. ed. London : Sage, Thousand Oaks; 2005. : 559-603.
4. ฉัตรสุมน พงศ์ปิฎก. กฎหมายสุขภาพและการรักษาพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2555.
5. อนุชา กาศลังกา. การศึกษาปัญหาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถูกฟ้องเนื่องจากการรักษาพยาบาล. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2555 ; 9 : 57 - 61.
6. นุชนารถ เทพอุดมพร, บรรพต ต้นธีรวงศ์, โชติช่วง ทัพวงศ์. ระบบการจัดการความขัดแย้งด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลภาครัฐระดับจังหวัด. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ 2555 ; 2 : 11-25.