

ระบบการป้องกันและการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่มีการคลอดบุตรปกติ
ในบริบทจังหวัดชายแดนภาคใต้
A System for the Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage (PPH)
among Mothers with Normal Vaginal Delivery
in the Context of Thailand's Southern Border Provinces

เพ็ญแข รถมณี

Penkae Rothmanee

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์
Naradhiwas Rajanagarindra Hospital

(Received: November 11, 2025; Revised: May 24, 2026; Accepted: July 10, 2026)

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย โดยเฉพาะจังหวัดนราธิวาส ทั้งนี้พื้นที่ดังกล่าวมีความท้าทายเฉพาะทั้งด้านทรัพยากร ความมั่นคง วัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนา ซึ่งส่งผลกระทบต่อเข้าถึงและคุณภาพของบริการสุขภาพแม่และเด็ก บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอระบบการป้องกันและการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่คลอดบุตรปกติในบริบทจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้การทบทวนองค์ความรู้เชิงบูรณาการร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์จากระบบบริการจริงในจังหวัดนราธิวาส ได้แก่ รายงานมารดาเสียชีวิต การวิเคราะห์สาเหตุราก (Root Cause Analysis) การทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง และการระดมความคิดเห็นจากทีมสหสาขาวิชาชีพ นำมาสังเคราะห์ร่วมกับแนวทางปฏิบัติสากลเพื่อออกแบบระบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบระดับจังหวัด การสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบ การพัฒนาระบบคัดกรองและติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) การจัดตั้งทีมตอบสนองเร่งด่วน (Rapid response team PPH) และการพัฒนานวัตกรรมลด PPH ผลการดำเนินงานพบว่าอัตราการเกิด PPH ลดลงจากร้อยละ 0.90 เป็นร้อยละ 0.70 อัตราภาวะ shock จาก PPH ลดลงจากร้อยละ 13.82 เหลือร้อยละ 11.11 และอัตราภาวะโลหิตจางก่อนคลอดลดลงจากร้อยละ 23.7 เหลือร้อยละ 16.27 สรุปได้ว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของมารดาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยอาศัยการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวทางสากล และความเข้าใจบริบทวัฒนธรรม เป็นต้นแบบที่มีศักยภาพในการขยายผลสู่จังหวัดอื่น ๆ

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอด จังหวัดชายแดนใต้ ระบบบริการสุขภาพ ทีมตอบสนองฉุกเฉิน
การดูแลสุขภาพมารดา

Abstract

Postpartum hemorrhage (PPH) is a major cause of maternal mortality in Thailand's southern border provinces, particularly in the Narathiwat Province. This area faces unique challenges related to resources, security, culture, and religious beliefs, which affects both access and quality of maternal and child health services. This article aimed to present a prevention and treatment system for PPH among mothers with normal vaginal delivery in the context of Thailand's southern border provinces. An integrative knowledge review was combined with an analysis of empirical data from actual healthcare services in Narathiwat Province, including maternal mortality reports, root cause analyses, retrospective medical record reviews, and multidisciplinary team brainstorming. Results were synthesized with international clinical guidelines to design a new system, more adapted to the local context. The developed system comprised six components: 1) establishment of a provincial system development committee, 2) systematic assessment and analysis of problems, 3) development of a screening and follow-up system for high-risk pregnant women, 4) development of clinical practice guidelines (CPGs), 5) establishment of a PPH rapid response team, and 6) development of the PPH emergency response cart innovation. Following implementation, the PPH rate decreased from 0.90% to 0.70%, while the rate of PPH-related shock decreased from 13.82% to 11.11%, and the rate of antenatal anemia decreased from 23.70% to 16.27%. In conclusion, the developed system can demonstrably reduce the incidence of maternal complications and mortality through the integration of empirical evidence, international guidelines, and understanding of the local cultural context. The system represents a potentially scalable model for implementation in other provinces.

Keywords: Postpartum Hemorrhage, Southern Border Provinces, Healthcare Delivery System, Emergency Response Team, Maternal Healthcare

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH) เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก โดยมีมารดาทั่วโลกกว่า 70,000 คนเสียชีวิตจากภาวะนี้ในแต่ละปี คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 27.00 ของการเสียชีวิตมารดาทั้งหมด (Vogel, Nguyen, Ramson, De Silva, Pham, Sultana, et al., 2024) ในประเทศกำลังพัฒนาอัตราการเกิด PPH และการเสียชีวิตยังคงอยู่ในระดับสูง เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร บุคลากร และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมอนามัย (Department of Health, 2023) รายงานว่า อัตราการเกิด PPH อยู่ที่ร้อยละ 2.02 โดยมีเป้าหมายควบคุมให้อยู่ต่ำกว่าร้อยละ 2.50 ซึ่งยังมีหลายพื้นที่ที่เกินเกณฑ์ดังกล่าว และยังพบว่า PPH เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาร้อยละ 14.10 ของกรณีทั้งหมด

จังหวัดชายแดนใต้มีบริบทเฉพาะที่แตกต่างจากจังหวัดในภาคอื่น ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความยากลำบากในการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก ทั้งในด้านความมั่นคง เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบต่อเนื่อง ทำให้การให้บริการเชิงรุกและการเข้าถึงสถานพยาบาลบางแห่งเป็นไปอย่างจำกัด นอกจากนี้ ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมของประชาชนส่วนใหญ่ที่นับถือศาสนาอิสลาม เช่น การปฏิเสธการรักษา ความเชื่อเรื่องโชคลาง และการปฏิเสธคุมกำเนิด ขณะที่ข้อจำกัดด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยหรือดูแลภาวะเสี่ยง ส่งผลต่ออัตราป่วยและการเสียชีวิตของมารดา อีกทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจของประชาชน ซึ่งบางรายไม่มีศักยภาพในการเดินทางหรือขาดอำนาจในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพตนเอง

ยังตอกย้ำถึงความจำเป็นในการออกแบบระบบบริการที่ตอบโจทย์บริบทจริงในพื้นที่ เพื่อให้สามารถลดความเหลื่อมล้ำ และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างแท้จริง (Chaiyapong, Laeheem, Promsaka Na Sakolnakorn, Chuaboon, 2022)

ปัญหาของจังหวัดชายแดนใต้ที่ส่งผลต่อการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดมีหลายประเด็นสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงบริการล่าช้าเนื่องจากระยะทางจากพื้นที่ห่างไกลขาดยานพาหนะ ทรัพยากร และบุคลากรเฉพาะทางที่มีไม่เพียงพอ ขณะเดียวกันความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมในชุมชนบางแห่ง เช่น การลังเลในการคลอดในโรงพยาบาลหรือปฏิเสธการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ค่านิยมมีบุตรหลายคน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การปฏิเสธการกินยาเสริมธาตุเหล็กทำให้มีปัญหภาวะเลือดจาง ซึ่งเหล่านี้เป็นความเสี่ยงสำคัญของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่งผลให้ภาวะตกเลือดหลังคลอดยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาในพื้นที่ (Pattanapisalsak, 2023)

จังหวัดนราธิวาส ซึ่งมีจำนวนการคลอดเฉลี่ยปีละกว่า 12,000 ราย พบว่าอัตราการเสียชีวิตจาก PPH ระหว่างปี 2561 – 2566 มีค่าผันแปรระหว่าง 27.64 – 87.78 รายต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และเป้าหมายระดับชาติอย่างชัดเจน (Narathiwat Provincial Public Health Office, 2024) ด้วยเหตุนี้การพัฒนา ระบบที่สามารถป้องกันและตอบสนองเพื่อลดความรุนแรงของ PPH ได้อย่างทันท่วงทีจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งรวมถึง การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงสูงตั้งแต่อ่อนคลอด เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง มดลูกโต การตั้งครรภ์แฝด หรือมีประวัติ PPH มาก่อน โดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงและแนวทางการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ และระบบ เฝ้าระวังระดับความเสี่ยงใน ANC ที่สามารถระบุระดับความรุนแรงและความพร้อมในการรับมือได้ล่วงหน้า (Zheutlin, Vieira, Shewcraft, Li, Wang, Schadt, et al., 2022) นอกจากนี้จังหวัดนราธิวาสมีความท้าทายเชิง โครงสร้างสังคม และความมั่นคงที่ส่งผลให้การดำเนินงานด้านสุขภาพแม่และเด็กมีความซับซ้อนกว่าจังหวัดทั่วไป จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือหลายภาคส่วน รวมถึงการเข้าใจบริบทวัฒนธรรมอย่างลึกซึ้ง เพื่อออกแบบบริการที่เหมาะสมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้จริง (Pattanapisalsak, 2023)

จากผลการดำเนินงานในจังหวัดนราธิวาส พบว่ารูปแบบระบบการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่พัฒนาขึ้นสามารถลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดรุนแรงและการเสียชีวิตของมารดาได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเมื่อ พิจารณาตามบริบทของจังหวัดชายแดนภาคใต้ จะเห็นได้ว่ามีความคล้ายคลึงกันทั้งในด้านโครงสร้างประชากร ศาสนา วัฒนธรรม การเข้าถึงบริการสุขภาพ และข้อจำกัดด้านทรัพยากร ดังนั้น แนวทางดังกล่าวจึงมีศักยภาพในการขยายผล ไปใช้ในจังหวัดอื่นในพื้นที่เดียวกันได้ โดยเฉพาะเมื่อระบบดังกล่าวอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์และกรอบแนวคิด จากองค์การอนามัยโลก (WHO) รวมถึงแนวทางของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (RTCOG) และสหพันธ์ สูติศาสตร์นานาชาติ (FIGO) ซึ่งเป็นมาตรฐานสากลที่สามารถปรับประยุกต์ให้เข้ากับบริบทท้องถิ่นได้อย่างยืดหยุ่น อีกทั้งจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังมีโครงสร้างระบบสุขภาพภายใต้กลไกเดียวกันของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิด ความพร้อมในการขยายผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ผ่านเครือข่ายแม่ข่าย-ลูกข่ายและการทบทวนกรณี เสียชีวิตของมารดา (Maternal Death Review) ซึ่งจะส่งผลให้การพัฒนาระบบดังกล่าวสามารถดำเนินไปอย่างยั่งยืน และต่อเนื่องในระดับพื้นที่ (World Health Organization, 2025)

โดยบทความฉบับนี้นำเสนอระบบการป้องกันและการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่คลอดบุตร ปกติ ภายใต้บริบทของจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยประกอบด้วยการวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง บทเรียนจากโครงการในจังหวัดนราธิวาสถือเป็นจังหวัดนำร่อง ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบที่ได้ดำเนินการ รวมถึง ข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางการประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง เพื่อมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพมารดาอย่างยั่งยืน

ระบบการป้องกันและการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่มีการคลอดบุตรปกติในบริบทจังหวัดชายแดนภาคใต้

การพัฒนารูปแบบระบบการป้องกันและการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่มีการคลอดบุตรปกติในจังหวัดชายแดนใต้จึงควรมีบริบทที่แตกต่างจากที่อื่น โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. จัดตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาระบบการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระดับจังหวัด” เป็นกลไกหลักสำหรับการสร้าง ความมั่นคงและความยั่งยืนของระบบ ขับเคลื่อนผ่านข้อมูล แผน ตัวชี้วัด เชื่อมโยง การดำเนินงานระดับโรงพยาบาลและจังหวัด เสนอข้อสั่งการผ่านคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (Maternal and Child Health Board: MCH Board) ใช้วงจรการบริหารงานคุณภาพ ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ Plan (วางแผน), Do (ปฏิบัติ), Check (ตรวจสอบ) และ Act (ดำเนินการ/ปรับปรุง) P-D-C-A และ Clinical Audit ในการพัฒนาและสร้างระบบงานขึ้นทั้งมิติเชิงโครงสร้างคณะกรรมการ และมิติของกระบวนการ P-D-C-A, audit คำสั่งจังหวัด พร้อมแนวสร้างวัฒนธรรมองค์กร การมอบรางวัล best practice เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

คณะกรรมการพัฒนาระบบการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระดับจังหวัดจะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยครอบคลุมการป้องกัน การเฝ้าระวัง การตอบสนอง และการฟื้นฟูภายใต้ระบบที่เป็นองค์รวม มีข้อดีหลายประการที่สะท้อนถึงประสิทธิผลทั้งด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ประการแรก คณะกรรมการทำหน้าที่กำหนดนโยบาย แผนปฏิบัติงาน และแนวทางเวชปฏิบัติที่ชัดเจน สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และช่วยลดความแปรปรวนในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ประการที่สอง คณะกรรมการส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ สูติแพทย์ แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน พยาบาล ห้องคลอด ห้องผ่าตัด ห้องฉุกเฉิน ห้องฟักฟื้น และคลังเลือด ทำให้เกิดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ร่วมกันและเพิ่มประสิทธิภาพในการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน อีกทั้ง คณะกรรมการยังมีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผ่านการจัดอบรม การซ้อมแผน (Drill) การวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ (Incident report) และการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการจัดการให้มีเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และระบบส่งต่ออย่างครบถ้วน เช่น ถุงตวงเลือด ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ชุด PPH และรถฉุกเฉิน PPH

ในระดับประเทศ แนวทางการรับรองเฉพาะโรคของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2020) ได้ส่งเสริมอย่างชัดเจนให้โรงพยาบาลมีการจัดตั้ง คณะกรรมการดูแลภาวะวิกฤตทางสูติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) เพื่อขับเคลื่อนการบริหารจัดการเชิงระบบ ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงจนถึงการฟื้นฟูภาวะผู้ป่วย โดยเชื่อมโยงกับระบบคุณภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังครอบคลุมระดับนานาชาติ เช่น สหพันธ์สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยานานาชาติ (Escobar, Nassar, Theron, Barnea, Nicholson, Ramasauskaite et al.2022) และองค์การอนามัยโลก (WHO, 2025) ยังสนับสนุนการตั้งทีมตอบสนอง PPH หรือคณะกรรมการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน เพื่อเป็นกลไกหลักในการลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาในระดับโรงพยาบาลและชุมชน โดยเฉพาะในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร

2. ทบทวนองค์ความรู้และสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหา PPH โดยใช้ข้อมูลเชิงสถิติทั้งจากรายงานมารดาเสียชีวิต การวิเคราะห์สาเหตุราก (Root Cause Analysis) เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง รวมถึงการจัดประชุมระดมความคิดเห็นจากทีมปฏิบัติงานจริง เพื่อสะท้อน “pain point” ที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแล เช่น ความล่าช้าในการตอบสนอง การขาดระบบการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพหรือข้อจำกัดด้านบุคลากร วิเคราะห์ความพร้อมของสถานบริการด้านระบบดูแลหญิงคลอด การจัดทีมดูแลและความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในสถานพยาบาล ผลการประเมินตนเองถูกนำไปใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ทั้งระดับโรงพยาบาลและจังหวัด เป็นแนวทางการออกแบบระบบที่เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่จริง เช่น การออกแบบรถ PPH ในโรงพยาบาลที่ไม่มีสูติแพทย์ประจำ หรือกำหนดแนวทางส่งต่อแบบชัดเจน

การจัดอุปสรรคในการส่งต่อในโรงพยาบาลชุมชน เป็นแนวทางที่สำคัญในการทำความเข้าใจปัญหาเชิงระบบอย่างลึกซึ้ง ช่วยให้สามารถระบุปัจจัยเสี่ยง กลุ่มเป้าหมาย และจุดบกพร่องของระบบบริการได้อย่างตรงจุด ส่งผลให้การวางแผน และออกแบบมาตรการป้องกันและตอบสนองมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้การเปิดพื้นที่สะท้อนความคิดเห็น และการรับรู้จากทีมงานยังมีส่วนช่วยให้การพัฒนาเป็นไปในทิศทางที่ตอบโจทย์ ลดแรงต้าน และเพิ่มพลังความร่วมมือ นับเป็นรากฐานสำคัญของความมั่นคงและยั่งยืนของระบบในระยะยาว

การนำข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice: EBP) มาใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน บุคลากรหลักฐานวิจัยและความเชี่ยวชาญทางคลินิก ประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน และบริบทหรือความต้องการของผู้รับบริการ จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการ ลดความคลาดเคลื่อนทางการรักษา และเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน (Melnyk, Fineout-Overholt, 2023)

3. นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้และการสำรวจในพื้นที่จริงแต่ละโรงพยาบาลมาสรุป ดังตัวอย่างจากการศึกษาของ Rothmanee, Kumpasano, Masaesai (2025) ในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ที่ได้สำรวจในโรงพยาบาลพบว่า ทีมผู้ปฏิบัติยังขาดแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังในมารดาที่เสี่ยงตกเลือดแต่ละระยะ ก่อนคลอด ระยะคลอด หรือระยะหลังคลอด ขาดแนวปฏิบัติป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจน การใช้ถุงตวงเลือดไม่ได้ใช้ทุกราย ไม่มีแนวปฏิบัติการมอบหมายหน้าที่ที่ชัดเจนเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังนั้นจึงได้วางรูปแบบในการพัฒนาระบบเพิ่มเติม ดังภาพ 1 รายละเอียด ดังนี้

3.1 พัฒนาระบบคัดกรองและติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ช่วงฝากครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ Yunas, Islam, Sindhu, Devall, Podeseck, Alam et al. (2025) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง การตกเลือดหลังคลอดก่อนหน้า การผ่าคลอด การคลอดด้วยวิธีทางธรรมชาติ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การไม่ได้รับการดูแลก่อนคลอด การตั้งครรภ์แฝด ภาวะรกเกาะต่ำ การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ภาวะตัวโตแตมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4,500 กรัม และการคลอดติดไหล่ ดังนั้นการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อการเตรียมการดูแลที่เหมาะสมและการจัดการภาวะช็อคก่อนคลอดจึงถือเป็นจุดเริ่มต้นของการลดความรุนแรงของ PPH อย่างมีนัยสำคัญ ในบริบทของจังหวัดนราธิวาสอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ยังคงอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ เข้าถึงอาหารคุณภาพ หรือมีความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์หรือการกินยาเสริมธาตุเหล็ก อันเป็นอุปสรรคต่อการได้รับธาตุเหล็กอย่างเพียงพอ ประกอบกับปัญหาด้านโครงสร้าง เช่น การเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้า การไม่ติดตามภาวะช็อคซ้ำ จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการลดอัตราภาวะโลหิตจางก่อนคลอดเป็นลำดับแรก โดยอาศัยการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงที่แม่นยำ การให้ธาตุเหล็กและกรดโฟลิกอย่างครอบคลุม การประเมินซ้ำตามรอบฝากครรภ์ และมีระบบติดตามเชิงรุกในกลุ่มเปราะบางอย่างต่อเนื่อง

คณะกรรมการพัฒนาระบบการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ปรับระบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ครั้งแรกของการฝากครรภ์ และมีระบบติดตามซ้ำในไตรมาสที่ 2 และ 3 เพื่อเฝ้าระวังและดำเนินการแก้ไขภาวะช็อคอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการให้ธาตุเหล็กชนิดรับประทานร่วมกับกรดโฟลิก พร้อมระบบส่งต่อกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินได้ภายในกำหนด นอกจากนี้ยังมีการให้คำปรึกษาเชิงพฤติกรรมและโภชนาการโดยทีมพยาบาลและนักโภชนาการที่เข้าใจบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อลดข้อจำกัดทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเลือกรับประทานอาหาร และความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น ความเชื่อในการหลีกเลี่ยงอาหารแสลง ความกลัวผลข้างเคียงจากยาเสริมธาตุเหล็ก หรือความไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการเสริมเลือดในหญิงตั้งครรภ์ ผลลัพธ์ของระบบดังกล่าวในจังหวัดนราธิวาส ทำให้อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนคลอดลดลงจากร้อยละ 23.7 ในปี 2567 เหลือเพียงร้อยละ 16.27 ในปี 2568 และพบว่าผู้ที่ผ่านการแก้ไขภาวะช็อคก่อนคลอดมีอัตราการเกิด PPH ลดลงอย่างชัดเจน

3.2 พัฒนาระบบการดูแลมารดาระหว่างคลอดและการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) เพื่อป้องกันและตอบสนองภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างเป็นระบบ ในช่วงระยะเวลาคลอดถือเป็นจุดวิกฤติที่สามารถเกิดภาวะตกเลือดได้ทันทีหลังทารกคลอด โดยเฉพาะในกรณีที่มีมดลูกหดตัวไม่ดี ซึ่งต้องอาศัยการประเมินและปฏิบัติอย่างแม่นยำตามแนวทางป้องกันที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล จึงได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันและการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยมีสาระสำคัญในการดำเนินการครอบคลุมตั้งแต่

3.2.1 การดูแลมารดาคลอดแยกตามกลุ่มความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด โดยแบ่งเป็นกลุ่ม low risk PPH และกลุ่ม high risk PPH โดยประเมินความเสี่ยงตั้งแต่แรกเริ่มและประเมินซ้ำทุกระยะของการคลอด เพื่อให้การดูแลตามแนวทางการเตรียมความพร้อมล่วงหน้า เช่น การเตรียมทำคลอด การส่งจ้องเลือดล่วงหน้า ในรายที่มีความเสี่ยงสูง และการจัดเตรียมเวชภัณฑ์และเครื่องมือช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งาน

3.2.2 การให้ยาออกฤทธิ์หดมดลูกทันทีภายหลังคลอด (Active Management of Third Stage of Labor: AMTSL) โดยใช้ Oxytocin 10 IU IM หรือ IV การให้สารน้ำและการให้ยา Tranexamic Acid (TXA) และ uterotonic drug อื่น ๆ ตามแนวทางแบบบูรณาการฉบับปี 2025 ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2025) ว่าด้วยการป้องกัน วินิจฉัย และรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด

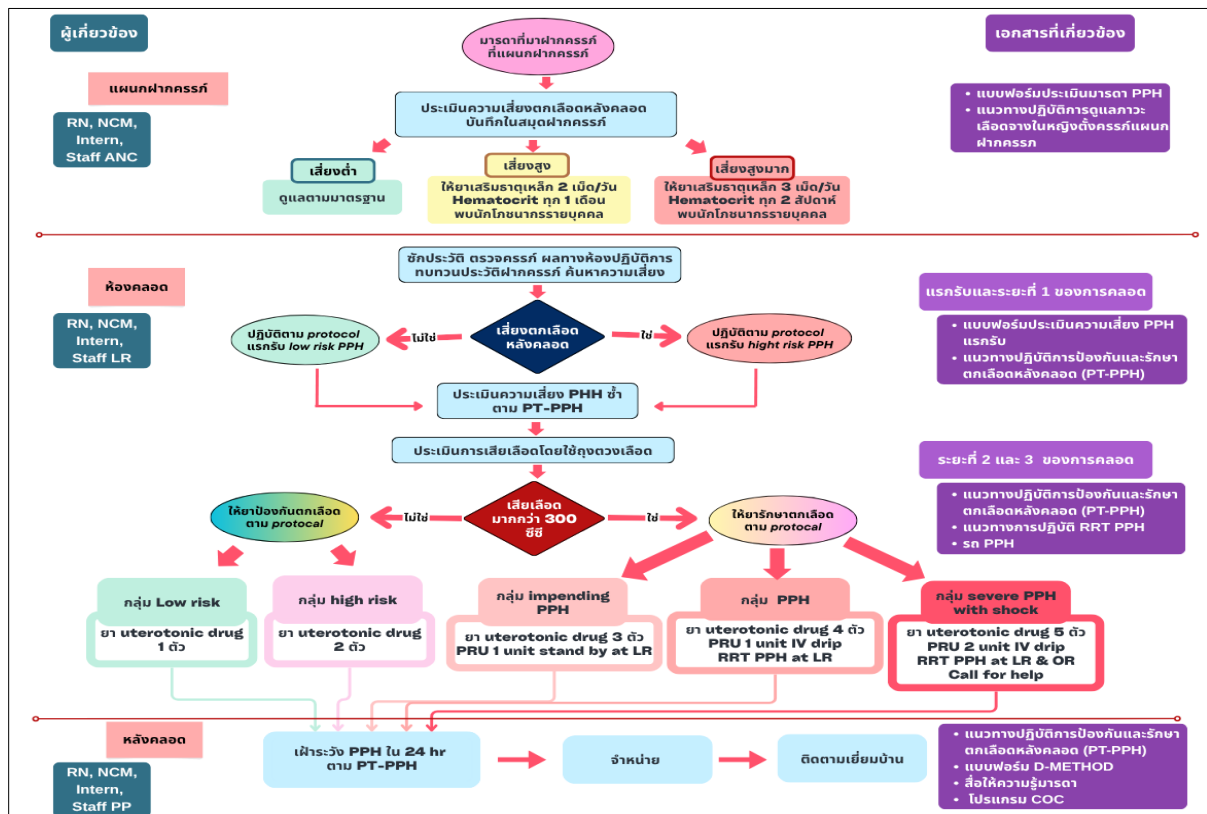
3.2.3 การประเมินการหดตัวของมดลูกและการตรวจสอบเลือดออกหลังคลอด อย่างสม่ำเสมอใน 2 ชั่วโมงแรก

3.2.4 การจัดระบบบันทึกการวัดปริมาณเลือดที่สูญเสียแบบ Objective Assessment โดยใช้ถุงตวงเลือดแทนการประเมินด้วยสายตา มีความแม่นยำมากกว่าประมาณ 3 เท่า (Mishra, Dhruw, Mishra, Daharwal, 2021)

3.2.5 การประเมิน Shock Index (SI) ซึ่งเป็นเครื่องมือทางสรีรวิทยาที่ใช้วัดอัตราการเต้นหัวใจเทียบกับความดันโลหิต โดยค่า $SI > 0.90$ จะเป็นสัญญาณเตือนภาวะเลือดออกมาก และแสดงถึงความจำเป็นในการเตรียม เข้าช่วยเหลือโดยทันที (Ushida, Kotani, Imai, Nakano-Kobayashi, Nakamura, Moriyama et al., 2021)

3.2.6 การฝึกอบรมบุคลากรในห้องผู้คลอดจึงถูกจัดให้ได้อย่างสม่ำเสมอ ทั้งในรูปแบบการฝึก Simulation Drill การทบทวนแนวทาง Clinical Pathway รวมถึงการใช้ Checklists เพื่อประเมินการปฏิบัติตามขั้นตอนสำคัญ

ผลลัพธ์จากการใช้ CPG อย่างเป็นระบบในจังหวัดนราธิวาสตั้งแต่เดือน มกราคม 2568 - กันยายน 2568 พบว่าอัตราการเกิด PPH จังหวัดนราธิวาสลดลงจากร้อยละ 0.90 ในปี 2567 เหลือเพียงร้อยละ 0.70 ในปี 2568 อัตราการเกิดภาวะ Shock จากตกเลือดหลังคลอดลดลงจากร้อยละ 13.82 ในปี 2567 เหลือเพียงร้อยละ 11.11 ในปี 2568 อัตราการใช้เลือดและการส่งต่อไป ICU ลดลงอย่างชัดเจนในกลุ่มมารดาที่คลอดบุตรปกติ สะท้อนถึงประสิทธิภาพของแนวทางดังกล่าวในการควบคุมปัญหา PPH ได้อย่างเป็นระบบและยั่งยืน



ภาพ 1 แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์และมารดาคลอดบุตรปกติในโรงพยาบาล
เพื่อป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด

ที่มา: Rothmanee, Kumpasano, Masaesaai (2025)

4. เพื่อเสริมสร้างความพร้อมของทีมบุคลากรและระบบตอบสนองฉุกเฉิน เช่น Rapid response team postpartum hemorrhage (RRT PPH) ให้สามารถรับมือกับภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัยและการซักซ้อมเสมือนจริง

การศึกษาหลายฉบับได้สนับสนุนประสิทธิภาพของการใช้ระบบตอบสนองฉุกเฉิน ในการดูแลกรณีตกเลือดหลังคลอด เช่น Vogel, Nguyen, Ramson, De Silva, Pham, Sultana et al. (2024) รายงานว่าการใช้ care bundle ที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพตอบสนองฉุกเฉินสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและปริมาณเลือดที่สูญเสียได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ การศึกษาของ Xu, Lin, Weng, Guo, Lin, Yan (2023) ระบุว่า การใช้ RRT ในห้องคลอดช่วยลดเวลาในการทำการหัตถการฉุกเฉินและเพิ่มความมั่นใจของผู้ปฏิบัติงาน

คณะกรรมการพัฒนาระบบป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจึงได้ออกคู่มือ “ทีมตอบสนองเร่งด่วนต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด Rapid response team postpartum hemorrhage : RRT PPH” หลังจากนั้นแต่ละโรงพยาบาลในจังหวัดทำการจัดตั้งทีมตอบสนองเร่งด่วนสำหรับกรณีตกเลือดหลังคลอด และบูรณาการระบบ RRT PPH เข้ากับแนวทางปฏิบัติยังช่วยให้สามารถสื่อสารเพื่อเพิ่มความเร็วในการตอบสนองและการประสานงานข้ามทีมวิชาชีพ โดยทีมนี้ประกอบด้วยแพทย์สูติกรรม พยาบาลเวชกรรม ห้องคลอด ห้องผ่าตัด ห้องฉุกเฉิน ห้องเลือด ห้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ และทีมวิสัญญี ซึ่งแต่ละหน่วยมีบทบาทและหน้าที่ชัดเจน

องค์ประกอบสำคัญของระบบ RRT PPH ได้แก่ 1) การสื่อสารเร็ว 2) การตอบสนองตามลำดับขั้นตาม Check list 3) ชุดอุปกรณ์ฉุกเฉิน เช่น ถุงตวงเลือด ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (Uterotonic Drug) รถเข็น PPH 4) การจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อให้มีขั้นตอนที่ชัดเจนเมื่อต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

หรือการผ่าตัด เช่น การเตรียมห้องผ่าตัด เตรียม ICU การเรียกทีมเสริม และการประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

นอกจากนี้ยังต้องเสริมสร้างศักยภาพของทีม RRT PPH ผ่านการซักซ้อมเสมือนจริง (Simulation Training) อย่างสม่ำเสมอ ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ทีมสามารถตอบสนองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความผิดพลาด เพิ่มความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และเสริมสร้างความมั่นใจแก่ทีมสหวิชาชีพทั้งหมด ดังภาพ 2

ROLE IN CPR TEAM		INCHARGE		GAS MAN		IV MAN		PUMP MAN		LEADER	
ROLE IN RRT PPH											
	N Notify	A Assign		R Rapid Preparation		R Resuscitate		A Assessment		H Hemorrhage Management	
Blood loss > 300 cc	- แจ้งสูติแพทย์ - ประสาน Blood bank PRC 1 unit standby ที่ห้องคลอด	Member คนงาน/เจ้าหน้าที่สนับสนุน รับเลือด bloodbank ส่งแม่ป่วน	Nurse 1,2,3 รับเลือด bloodbank ส่งแม่ป่วน	- เตรียมยา uteronic drug (Oxytocin 60 unit, methergine 0.2 mg IV, Cytotec 4 tab Vg suppo) - เตรียม RPPH		เปิด IV 2 เส้น		- วัด Vital sign ทุก 5 นาทีและบันทึกไว้ - ประเมินปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด - ประเมินการรู้สึกตัว - ใส่ O2 Canular 3 LMP		ประเมินและจัดการตามหลัก 4T: Tone : วัดคล็องอุ้ง Tissue : ประเมินการกดตัว Trauma : Repair/pressure Thrombin : FFP/ Cryoprecipitate	
Blood loss > 500 cc	- แจ้งสูติแพทย์ - ประสาน blood bank PCR 2 unit ด่วน - ประสานห้องปฏิบัติการ (ขอผลด่วน)	Member คนงาน/เจ้าหน้าที่สนับสนุน สูติแพทย์คนที่ 2 55 นาทีและห้องผ่าตัด พยาบาลเสริมทีม ปส2	Nurse 1,2,3 รับเลือด bloodbank ส่งแม่ป่วน เตรียมสินค้าพร้อมผ่าตัด ให้พร้อมภายใน 15 นาที เข้าร่วมทีม/ทีมตามเกณฑ์เมื่อเริ่ม	- เตรียมยา uteronic drug ที่สำรองไว้ในห้องคลอด (Oxytocin 60 unit, methergine 0.2 mg IV, Cytotec 4 tab Vg suppo, Transmine 1 g IV drip) - เตรียม RPPH - เตรียมอุปกรณ์ผ่าตัดทาง: U/S/Suture set /retractor		- IV เส้นที่ 1 add oxytocin - IV เส้นที่ 2 NSS/ใส่เลือดแม่เลือดพรีออน		- วัด Vital sign ทุก 5 นาทีและบันทึกไว้ - ประเมินปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด - ประเมินการรู้สึกตัว - ใส่ Mask with bag 10 LMP		- ประเมินและจัดการตามหลัก 4T: Tone : วัดคล็องอุ้ง Tissue : ประเมินการกดตัว Trauma : Repair/pressure Thrombin : FFP/ Cryoprecipitate - Retain Foley catheter - ติดสายใส่ท่อ/นำท่อทางปากเป็น	
Blood loss > 1000	- แจ้งสูติแพทย์และตามสูติแพทย์คนที่ 2 - แจ้ง 55 นาทีแพทย์/ 55 นาทีพยาบาล/ห้องผ่าตัด - ประสาน Blood bank/lab/ICU - ประสานพยาบาลเสริมทีม ปส2 (ตามเกณฑ์)	Member คนงาน/เจ้าหน้าที่สนับสนุน สูติแพทย์คนที่ 2 55 นาทีและห้องผ่าตัด พยาบาลเสริมทีม ปส2	Nurse 1,2,3 รับเลือด bloodbank ส่งแม่ป่วน เตรียมสินค้าพร้อมผ่าตัด ให้พร้อมภายใน 15 นาที เข้าร่วมทีม/ทีมตามเกณฑ์เมื่อเริ่ม	- เตรียมยา uteronic drug ที่สำรองไว้ในห้องคลอด (Oxytocin 60 unit, methergine 0.2 mg IV, Cytotec 4 tab Vg suppo, Transmine 1 g IV drip, Nalador 500 microg IV drip) - เตรียม RPPH - เตรียมอุปกรณ์ผ่าตัดทาง: U/S/Suture set /retractor /CPR box /defibrillator/ET tube		- IV เส้นที่ 1 Push NSS - IV เส้นที่ 2 Push เลือด		- วัด Vital sign ทุก 5 นาทีและบันทึกไว้ - ประเมินปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด - ประเมินการรู้สึกตัว - ใส่ Mask with bag 10 LMP - เตรียมใส่ ET-Tube/CPR		- ประเมินและจัดการตามหลัก 4T: Tone : วัดคล็องอุ้ง Tissue : ประเมินการกดตัว Trauma : Repair/pressure Thrombin : FFP/ Cryoprecipitate - Retain Foley catheter - ติดสายใส่ท่อ/นำท่อทางปากเป็น	

ภาพ 2 การมอบหมายหน้าที่ของทีมตอบสนองเร่งด่วนต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด Rapid Response Team Postpartum Hemorrhage : RRT PPH

ที่มา: ดัดแปลงจาก Xu, Lin, Weng, Guo, Lin, Yan (2023)

5. พัฒนานวัตกรรม เช่น รถเข็นและชุดยาสำหรับผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด และการบริหารเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้งานทันทีเมื่อเกิดภาวะ PPH ลดการเสียเวลาและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา

นวัตกรรมและการพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนระบบ PPH โดยจัดเป็นรถ PPH หรือ PPH box หนึ่งในองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนการทำงานของทีม RRT PPH และระบบดูแล PPH ในจังหวัดนราธิวาส โดยรถ PPH ออกแบบมาเพื่อตอบสนองสถานการณ์ฉุกเฉินได้รวดเร็วและครอบคลุมภายในหน่วยงานที่ให้บริการคลอดบุตรและดูแลหลังคลอด

จากการศึกษาของ Kogutt, Kim, Will, Sheffield (2022) พบว่าการใช้รถเข็นและชุดยาสำหรับผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด สามารถลดเวลาในการจัดหาเวชภัณฑ์ฉุกเฉินจากเฉลี่ย 11 นาที เหลือเพียง 2 นาที 14 วินาที ในบริบทสากลสถาบันวิจัย The Healthcare Improvement Studies Institute (THIS Institute) . (n.d.) มหาวิทยาลัยเคมบริดจ์ยังได้เสนอแนวทางการออกแบบชุดเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน (Emergency Kits) ด้วยแนวทางการออกแบบแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการใช้งานจริง โดยชี้ว่าการมีชุด PPH cart หรือ emergency trolley ใกล้เตียงผู้ป่วย เป็นแนวทางที่สามารถลดความคลาดเคลื่อนในการดูแลและลดการสูญเสียเลือดได้อย่างชัดเจนในส่วนของ WHO (2025) ยังระบุให้มี hemorrhage cart เป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของ care bundle สำหรับการป้องกันและตอบสนองภาวะ PPH ซึ่งสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติและระบบสนับสนุนแบบครบวงจรในระดับโรงพยาบาล

จุดเด่นของนวัตกรรมนี้คือการบูรณาการเวชภัณฑ์และแนวทางปฏิบัติให้อยู่ในชุดเดียว ทำให้ลดเวลาในการจัดเตรียมอุปกรณ์ ลดโอกาสลืมหรือสับสนในภาวะเร่งด่วน และช่วยเพิ่มความมั่นใจแก่ทีมรักษา โดยมีการจัดวางรถไว้ใกล้ห้องคลอดและสามารถเคลื่อนย้ายได้รวดเร็ว รถ PPH หรือ PPH box ประกอบด้วยอุปกรณ์ที่จำเป็นในการรักษาภาวะตกเลือดอย่างครบถ้วน เช่น ถุงตวงเลือด ชุดฉีดยา uterotonic drug สายนำเกลือและสารน้ำ แผ่นประเมินปริมาณการเสียเลือด ชุด Bimanual compression รวมถึงเอกสารแนวทางปฏิบัติที่ย่อขนาดและติดอยู่ในรถ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติแบบ bedside ผลการใช้รถ PPH ในโรงพยาบาลในจังหวัดนราธิวาส พบว่าลดระยะเวลาในการให้การรักษาลงเหลือ 6 นาที และลดการสูญเสียเลือดเฉลี่ยลง 180 มิลลิลิตร ต่อราย

แนวคิดการพัฒนารถ PPH หรือ PPH box เป็นต้นแบบที่สามารถปรับใช้ได้โรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร โดยเน้นการออกแบบที่เรียบง่าย ราคาประหยัด และฝึกอบรมบุคลากรให้ใช้งานได้ง่ายจริงในสถานการณ์ฉุกเฉิน

6. การกำกับติดตามและการสร้างระบบที่ยั่งยืน เพื่อให้ระบบการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดมีความมั่นคงและขยายผลได้ในระยะยาว จังหวัดนราธิวาสได้ดำเนินงานตามหลักการวางระบบให้ยั่งยืน ดังนี้

6.1 การกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระดับจังหวัด เพื่อประเมินสถานการณ์ ปรับกระบวนการตามวงล้อ P-D-C-A และกำกับการดำเนินงานในภาพรวมให้เป็นระบบ

6.2 การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกระดับ ตั้งแต่แพทย์พยาบาล จนถึงเจ้าหน้าที่สนับสนุน โดยเปิดโอกาสให้สะท้อนปัญหาและร่วมออกแบบแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทจริง

6.3 การทบทวนเชิงระบบผ่าน Clinical Audit และ กระบวนการ P-D-C-A มีการทบทวนกรณีเสียชีวิต และ near miss อย่างสม่ำเสมอ ใช้กระบวนการ Clinical Audit ประกอบกับการหมุนเวียนตามวงล้อคุณภาพ P-D-C-A เพื่อการเรียนรู้จากเหตุการณ์และพัฒนาระบบต่อเนื่อง

6.4 การขับเคลื่อนเชิงนโยบายผ่านกลไกระดับจังหวัด ผลักดันแนวทางปฏิบัติและทีม RRT PPH เข้าสู่ MCH Board และออกเป็นข้อสั่งการระดับจังหวัด ซึ่งเป็นมาตรการสำคัญในการสร้างแรงผลักดันให้หน่วยบริการทุกระดับดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

6.5 การสื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในระบบ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น เวทีคุณภาพ การประชุมทีมวิชาการ การเผยแพร่ best practice ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อเสริมพลังการเรียนรู้ภายในและขยายผลสู่หน่วยงานอื่น

6.6 ระบบติดตามผลและรายงานผลลัพธ์อย่างสม่ำเสมอ รายงานผลการดำเนินงาน เช่น อัตรา PPH, อัตราภาวะเลือดจาง, จำนวนการใช้ RRT PPH เป็นต้น ส่งรายงานต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระดับจังหวัดทุกเดือน และ MCH Board ทุก 3 เดือน เพื่อวิเคราะห์ผลและกำหนดแนวทางเพิ่มเติม

6.7 การเสริมแรงใจและสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ มีการมอบรางวัลแก่ทีมที่มีผลการดำเนินงานโดดเด่น เช่น โรงพยาบาลลดอัตรา PPH ดีเด่น พร้อมเผยแพร่ผลงานผ่านช่องทางวิชาการ เพื่อสร้างแรงใจและความภูมิใจในงานที่ทำ

สรุป

ระบบการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดในจังหวัดนราธิวาสซึ่งเป็นจังหวัดนำร่องถือเป็นตัวอย่างที่ดีของการพัฒนาระบบสุขภาพในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร โดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ในพื้นที่ร่วมกับแนวทางมาตรฐานระดับสากล เช่น WHO, RCOG, ACOG มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทจริง อาทิ การจัดทำรถ

PPH การฝึกซ้อมทีม RRT PPH และการจัดระบบเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนจาก PPH ได้อย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน จำเป็นต้องพัฒนาให้ครอบคลุมองค์ประกอบตามหลักการของ WHO Sustainability Framework (WHO, 2023) ซึ่งประกอบด้วย 5 มิติหลัก ได้แก่

1. Leadership & Governance การมีผู้นำเชิงนโยบายที่ชัดเจน เช่น MCH Board ระดับจังหวัด ทำหน้าที่กำกับ ทบทวน และสื่อสารนโยบายอย่างเป็นระบบ ทำให้หน่วยบริการทุกแห่งขับเคลื่อนภายใต้เป้าหมายเดียวกัน

2. Health Workforce & Multidisciplinary Team การจัดตั้งทีมตอบสนองฉุกเฉิน (Rapid Response Team: RRT) ที่ผ่านการอบรมและซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพให้สามารถตอบสนองภาวะฉุกเฉินได้รวดเร็วและไร้รอยต่อ

3. Service Delivery การออกแบบแนวทางดูแลแบบ care bundle ที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวัง ไปจนถึงการรักษา โดยยึดตามแนวทาง WHO และปรับให้เหมาะกับบริบทพื้นที่ เช่น แนวทางเวชปฏิบัติ หรือการใช้รถ PPH

4. Health Information System & Clinical Audit การมีระบบข้อมูลที่ใช้จริงทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น การวิเคราะห์ root cause, near miss review และการทำ clinical audit อย่างต่อเนื่อง เพื่อการปรับปรุงระบบอย่างเป็นรูปธรรม

5. Community Engagement & Incentive การส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกระดับ ตั้งแต่บุคลากรหน้างานไปจนถึงผู้บริหาร ผ่านกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ เช่น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือระบบรางวัล ทำให้เกิดวัฒนธรรมการเรียนรู้ร่วมกันอย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ การพัฒนาระบบยังต้องคำนึงถึงองค์ประกอบด้านการจัดการอื่น ๆ ที่เกินกว่าความรู้เชิงคลินิกเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะในบริบทของจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีความซับซ้อนด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม เช่น โครงสร้างครอบครัวใหญ่ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ ความเข้าใจและความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่ยังฝังรากลึก ค่านิยมในพื้นที่เรื่องการมีบุตรหลายคนและปฏิเสธการคุมกำเนิด รวมถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการและอาหารที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมให้บุคลากรหน้างานมีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนาระบบ การสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้มแข็ง การกำกับติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และการบรรจุแนวทางการดำเนินงานไว้ในแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร ล้วนเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยให้ระบบ PPH ไม่เพียงแค่นำไปใช้ได้ในระยะสั้น แต่ยังสามารถขยายผลและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้คลอดในพื้นที่ทรัพยากรจำกัดได้อย่างยั่งยืนและเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับนโยบายของเขตสุขภาพและระดับจังหวัด

1.1 ควรบรรจุระบบการป้องกันและการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัด (MCH Board) เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

1.2 สนับสนุนงบประมาณเฉพาะแก่ทุกโรงพยาบาลสำหรับการพัฒนาทีมตอบสนองฉุกเฉิน (RRT PPH) การจัดอบรม Simulation และการพัฒนานวัตกรรม เช่น รถ PPH และการบริหารเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน

1.3 จัดให้มีระบบติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงานระดับจังหวัดอย่างเป็นระบบ และนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงนโยบายและแนวทางปฏิบัติเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ

2. ระดับสถานบริการสุขภาพ

2.1 ควรพัฒนาและปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติและแนวทางตอบสนองภาวะตกเลือดหลังคลอดให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละระดับบริการและสอดคล้องกันทั้งเครือข่าย

2.2 ส่งเสริมให้โรงพยาบาลทุกแห่งจัดตั้งทีม RRT PPH อย่างเป็นทางการ พร้อมกำหนดบทบาท หน้าที่ และช่องทางการสื่อสารชัดเจน เพื่อให้การตอบสนองกรณีฉุกเฉินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 ส่งเสริมการซ้อมแผนภาวะฉุกเฉิน (Drill/Simulation) อย่างสม่ำเสมอ และใช้ผลการซ้อมเป็นข้อมูล เพื่อพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

3. ระดับบุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.1 ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลด้านการประเมินความเสี่ยง และการตอบสนองต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ผ่านการอบรมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเครือข่าย

3.2 พัฒนาระบบที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์และแนวทางปฏิบัติที่ได้ผลจริง

3.2 ส่งเสริมวัฒนธรรมการรายงานเหตุการณ์สำคัญ (Incident Report) และการเรียนรู้จากกรณี Near Miss เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

4. ระดับชุมชนและสังคม

4.1 สร้างความรู้ความเข้าใจแก่หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว รวมไปถึงผู้นำศาสนาเกี่ยวกับความสำคัญของการฝากครรภ์ การป้องกันภาวะโลหิตจาง และการคลอดในสถานพยาบาลที่ปลอดภัย

4.2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชนในการติดตามหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยง เพื่อให้สามารถส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการได้ทันที่

5. ข้อเสนอเพื่อการวิจัยในอนาคต

5.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวของระบบ PPH ทั้งในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

5.2 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยทางวัฒนธรรม ศาสนา และสังคมที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการฝากครรภ์และการคลอดในโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

5.3 พัฒนาวัดกรรมดิจิทัล เช่น ระบบแจ้งเตือนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง หรือฐานข้อมูล PPH แบบ real-time เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการเชิงระบบในอนาคต

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้เขียนใช้ปัญญาประดิษฐ์เชิง เป็นเครื่องมือช่วยในการตรวจสอบและปรับปรุงการใช้ภาษา โดยผู้เขียน ได้ตรวจสอบ แก้ไข และรับผิดชอบความถูกต้องของเนื้อหา การวิเคราะห์ การอ้างอิง และข้อสรุปทั้งหมดขอบทความ ด้วยตนเอง ทั้งนี้ ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนในการสร้างข้อมูล ผลการศึกษา หรือการตัดสินใจทางวิชาการของบทความ

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้เขียนขอรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) ที่อาจมีอิทธิพลต่อเนื้อหา การวิเคราะห์ การนำเสนอ หรือข้อสรุปของบทความนี้

References

- Chaiyapong, A., Laeheem, K., Promsaka Na Sakolnakorn, T., & Chuaboon, W. (2022). Muslim women and health lifestyle in deep south of Thailand. *Suratthani Rajabhat Journal*, 9(2), 219–239. <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/srj/article/view/259215> (in Thai)

- Department of Health. (2023). *Annual Report on Maternal and Child Health Statistics 2023*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Escobar, M. F., Nassar, A. H., Theron, G., Barnea E. R., Nicholson, W., Ramasauskaitiet, D. et al. (2022). FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 157(1), 3–27. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14116>
- Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2020). *Program and Disease Specific Standards, June 2020 edition*. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (in Thai)
- Kogutt, B. K., Kim, J. M., Will, S. E., & Sheffield, J. S. (2022). Development of an obstetric hemorrhage response intervention: The postpartum hemorrhage cart and medication kit. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 48(2), 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.09.007>
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2023). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice* (5th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Mishra, N., Dhruw, S., Mishra, I., & Daharwal, A. (2021). Visual estimation of blood loss versus quantification of blood loss after vaginal birth using an innovative drape: A prospective study. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 10(1), 268–274. <https://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20205780>
- Narathiwat Provincial Public Health Office. (2024). *Maternal Mortality Surveillance Report, 2018–2023* (in Thai)
- Pattanapisalsak, C. (2023). The study of maternal death problems in the three southern border provinces, Thailand, 2018–2023. *Journal of Health Science of Thailand*, 32(6), 1025–1034. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/14901> (in Thai)
- Rothmanee, P., Kumpasano, T., & Masaesaai, S. (2025). Development of practice guidelines for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage in mothers with normal labor at Narathiwat Rajanagarindra Hospital. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 17(2), 19–40. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/265608> (in Thai)
- The Healthcare Improvement Studies Institute. (n.d.). *Postpartum Haemorrhage (PPH) Kits Study*. Retrieved September 1, 2025, from <https://www.thisinstitute.cam.ac.uk/postpartum-haemorrhage-pph-kits-study/>
- Ushida, T., Kotani, T., Imai, K., Nakano-Kobayashi, T., Nakamura, Moriyama, et al. (2021). Shock index and postpartum hemorrhage in vaginal deliveries: A multicenter retrospective study. *Shock (Augusta, Ga.)*, 55(3), 332–337. <https://doi.org/10.1097/SHK.0000000000001634>
- Vogel, J. P., Nguyen, P. Y., Ramson, J., De Silva, M. S., Pham, M. D., Sultana, S., et al. (2024). Effectiveness of care bundles for prevention and treatment of postpartum hemorrhage: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 231(1), 67–91. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.01.012>

- World Health Organization. (2023). *Sustainability Framework for Action in Health Systems Strengthening*. Retrieved September 1, 2025 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077096>
- World Health Organization. (2025). *Consolidated Guidelines for the Prevention, Diagnosis and Treatment of Postpartum Haemorrhage*. Retrieved September 1, 2025 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115637>
- Xu, X., Lin, Y., Weng, L., Guo, Y., Lin, L., & Yan, J. (2023). The application of rapid response team in category 1 emergency caesarean section teaching for OBGYN residents in the delivery room. *Medicine (Baltimore)*, 102(35), e34551. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034551>
- Yunas, I., Islam, M. A., Sindhu, K. N., Devall, A. J., Podeseck, M., Alam, S. S., et al. (2025). Causes of and risk factors for postpartum haemorrhage: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet (London, England)*, 405(10488), 1468–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00448-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00448-9)
- Zheutlin, A. B., Vieira, L., Shewcraft, R. A., Li, S., Wang, Z., Schadt, E., et al. (2022). Improving postpartum hemorrhage risk prediction using longitudinal electronic medical records. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 29(2), 296–305. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocab161>