**แบบฟอร์มการเขียนแบบถอดประสบการณ์การเรียนรู้ด้านการสร้างนวัตกรรมเพื่อการสร้างสรรค์สังคม**

**1. ชื่อ-สกุล ผู้เล่าเรื่อง** ผศ.นพ.เกษม เสรีพรเจริญกุล **คณะวิชา** วิทยาลัยแพทยศาสตร์

**2. ชื่อ-สกุล ผู้บันทึก** **คณะวิชา** วิทยาลัยแพทยศาสตร์

**3. บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของผู้เล่าเรื่อง**

 1. หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ 2. ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตร์ชั้นคลินิก โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 3. รองผู้อำนวยการสถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต

**4. เรื่องที่เล่า**

 การสร้างนวัตกรรมเพื่อการสร้างสรรค์สังคมในหัวข้อ “ห้องคลอดคุณภาพ”

**5. ความเป็นมาของเรื่องที่เล่า**

 โดยเริ่มค่อยๆพัฒนาขึ้นมาจากเดิมที่งานอนามัยแม่และเด็กตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ การคลอดจนถึงเด็กโตอยู่ในความรับผิดชอบของกรมอนามัยทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นฝากครรภ์ การคลอด หลังคลอด การพัฒนาเด็ก ฯลฯ เรียกว่ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สังกัดอยู่ที่สำนักส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย ครั้งหนึ่งในการประชุมระหว่างปลัดกระทรวงฯ และอธิบดีฯในสมัยอดีตอธิบดีกรมการแพทย์ พญ. วิลาวัณย์ จึงประเสริฐ ได้นำเสนอว่าการดูแลคนไข้ในห้องคลอดไม่ใช่เรื่องของการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย แต่เป็นการดูแลทางการแพทย์ ดังนั้นควรเป็นความรับผิดชอบของกรมการแพทย์ โดยส่วนของการดูแลก่อนคลอด หลังคลอด เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คลินิกเด็กดี ยังเป็นงานของกรมอนามัยตามเดิม และยุทธศาสตร์หนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข คือ การดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย ซึ่งกลุ่มวัยแรกคือ มารดา และทารกแรกเกิด กลุ่มนี้มีตัวชี้วัดที่สำคัญตัวหนึ่ง คือ การลดอัตราการตายของมารดาให้เหลือ 18/100,000 ของการเกิดมีชีพ ในปีถัดมาได้ปรับเป้าให้ลดลงเป็น 15/100,000 ของการเกิดมีชีพ ซึ่งการทำให้อัตราการตายลดลงมี2 องค์ประกอบหลัก คือ การดูแลก่อนคลอด และระหว่างคลอด งานแรกที่เริ่มต้นทำ คือทบทวนข้อมูลตัวเลขอัตราการตายของมารดา ซึ่งตัวเลขที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขรายงานในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาอยู่ที่ 10-11/100,000 ของการเกิดมีชีพมาตลอด ซึ่งดีกว่าเป้าที่ตั้งไว้จากนั้นจึงได้ไปค้นคว้าเพิ่มเติม มีข้อมูลจากโครงการสายใยรักแห่งครอบครัวซึ่งได้รายงานเป็นบางเขต (3-4 เขต) แจ้งตัวเลขอัตราการตายของมารดาอยู่ระหว่าง 28-35/100,000ของการเกิดมีชีพ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลขององค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกได้รายงานในปีค.ศ. 2013 มีรายงานอัตราการตายของมารดาในประเทศไทยเป็น 28/100,00 และ 36/100,000 ของการเกิดมีชีพดังนั้นถ้าใช้ตัวเลขอันหลังนี้ จะมีงานที่ต้องทำมาก จากนั้นได้วางแผนตระหนักว่า ไม่ได้มุ่งเป้าไปที่การพัฒนารพ.จังหวัดและรพ.ศูนย์ เพราะโรงพยาบาลในกลุ่มนี้มีสูติแพทย์อยู่แล้ว การดูแลผู้ป่วยในห้องคลอดของสูติแพทย์เป็นเรื่องปกติสามัญไม่ใช่เรื่องยุ่งยาก แต่ทั้งนี้แล้วเราทำได้แค่เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านเทคโนโลยี ไม่ใช่ผู้บังคับบัญชา ไม่มีอำนาจอนุมัติให้ คน เงิน สิ่งของใดๆ ทั้งสิ้น เพราะเราเป็นกรมวิชาการ ให้การสนับสนุนเฉพาะด้านวิชาการ จึงมองว่ารพ.จังหวัด และรพ.ศูนย์ไม่ต้องการการสนับสนุนด้านวิชาการ แต่อาจต้องการคน หมอ พยาบาล OR มากขึ้นแต่ไม่ใช่เทคโนโลยีในห้องคลอด เราจึงมุ่งเป้าไปที่ รพ.ชุมชน และระบบส่งต่อ เพราะฉะนั้นเราจึงเชิญผู้อำนวยการรพ.ชุมชน ระดับ F2 มาประชุมร่วมกัน โดยเชิญจากทั้ง 12 เขตบริการสุขภาพ สุ่มมาเขตบริการสุขภาพละ 1 โรงพยาบาล มาประชุมและถอดบทเรียน บทเรียนในห้องคลอด ปัญหาอุปสรรค สิ่งที่ต้องการให้พัฒนาในห้องคลอด และได้ปรึกษาหารือกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดขอนแก่น พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการดูแลและการรับส่งต่อผู้ป่วย การประเมินห้องคลอดคุณภาพ เป็นสิ่งที่กรมอนามัยทำมาโดยตลอด โดยประเมินแง่ของสถานที่ อุปกรณ์ทางการแพทย์ในห้องคลอดทั้งสิ้น เราไม่ได้ต้องการพัฒนาห้องคลอด แต่เราต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย เรียกว่า “การคลอดมาตรฐาน” ต่อมาได้ทำคู่มือ เรียกว่า “คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน สำหรับโรงพยาบาลชุมชน” ได้แจกให้กับโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ สำหรับแพทย์ และพยาบาลที่อยู่ห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชน ได้ทำหลักสูตรการอบรมการคลอดมาตรฐาน ออกไปอบรมในเขตบริการสุขภาพต่างจังหวัด 4 ภาคต่อปี ยกเว้นกรุงเทพมหานคร ในการอบรมมีผู้เข้าร่วมรับการอบรมประมาณ 400-600 คน/ครั้ง เกินเป้าที่วางไว้ทุกครั้ง ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการพัฒนาเลยทำให้มีผู้เข้าร่วมจำนวนเยอะ จากนั้นได้ออกไปตรวจประเมิน Measurement & Evaluation (M&E) ทั้ง 4 ภาค เฉพาะโรงพยาบาลระดับF2 เพื่อติดตามการประเมินผลหลังการอบรม สามารถนำความรู้ไปใช้ได้อย่างไร ต้องการให้เราช่วยเหลืออะไรเพิ่มเติม ในเรื่องที่ไม่ใช่ คน เงิน สิ่งของ ซึ่งทางเราไม่มีอำนาจในทางนี้ จุดหลักคือเรื่องเทคโนโลยีที่ต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม ในแต่ละภาคไปตรวจประเมิน 2 จังหวัด ในแต่ละจังหวัด ไป 2 อำเภอ ไปทั้ง 4 ภาค จำนวน 16 โรงพยาบาล ทำมาแล้ว 4 ปี ปีแรก เป็นช่วงวางแผน ทำหลักสูตร ผลิตคู่มือ ปีที่ 2 จัดอบรม Measurement & Evaluation (M&E) และมีการประเมินผล มีความต้องการให้จัดอบรมแบบ Workshop มีหัตถการ มีการปฏิบัติ ปีที่ 3 วางแผนเพิ่มการอบรมเชิงปฏิบัติการจัดอบรม แบบบรรยาย ทั้ง 4 ภาค และทำ Workshop 5 ครั้ง/ปี โดยคิด Workshop ขึ้นมา โดยจัดที่โรงพยาบาลราชวิถี เนื่องจากจำเป็นต้องใช้หุ่นขนาดใหญ่และขนย้ายลำบาก ใน Workshop ทำวิธีของเราเอง เช่น ในเรื่อง Admission record ได้ทำแบบ form admission ขึ้นมาใหม่ถ้าแพทย์ GPหรือพยาบาลห้องคลอดรับคนไข้ตาม Admission recordเมื่อรับมาแล้วจะ identify list แยกความเสี่ยงให้เลยตามแบบ form นั้น ซึ่งไม่ต้องมาคิดว่าคนไข้มีความเสี่ยงอะไรบ้าง รวมทั้งความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด สาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้เกิดการตายของมารดาทั่วโลก เกือบครึ่งของการตายมารดาเป็นเพราะตกเลือดหลังคลอด ถ้าทำตามแบบ form ที่เราไปสอนสามารถทราบได้ทันทีว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงอะไรที่จะตกเลือดหลังคลอด และยังบอกอีกว่าปัจจัยเสี่ยงระดับ 1 คุณควรจะทำอะไรก่อนที่จะตกเลือดหลังคลอด ปัจจัยเสี่ยงระดับ 2 คุณต้องทำอะไรบ้างก่อนตกเลือด เป็นเชิงรุก ไม่ใช่รอให้ตกเลือดก่อน รวมไปจนถึงเมื่อผู้ป่วยตกเลือดแล้วระดับ 1 – 2 – 3 ต้องจัดการอย่างไร รายละเอียดทั้งหมดอยู่ใน “form admission” ปีที่ 4 จัดอบรม ทั้ง 4 ภาค เหมือนเดิมและทำ Workshop เช่น Electronic fetal monitoring (EFM)มีการสอนวิธีอ่าน fetal monitoringและมีแบบฝึกหัดเป็น case คนไข้ให้ฝึกหัดอ่านผลBimanual uterine compression สอนเวลาตกเลือด เกิด uterine atony เราจะหยุดการตกเลือดได้อย่างไร ถ้าเกิดเลือดไม่หยุดเราก็สอนวิธีใช้ balloon tamponade แต่ถ้าใช้ตัวมีขา ราคาตัวละ 5,500 บาท เราก็จะใช้ condom2 ชั้นแทน เป็นนวัตกรรม urinary catheterใช้ condom 2 ชั้นแล้วเอาเชือกผูก ใส่ในโพรงมดลูก ฉีดน้ำเข้าไป 500 ccทำให้ไปกดจุดเลือดออก ปีนี้ทำ 10 stationsมีดังนี้ - Admission record - Electronic fetal monitoring (EFM) - Bimanual uterine compression - การช่วยคลอดติดไหล่ - Pelvimetry - Balloon tamponade - Newborn resuscitation - Postpartum hemorrhage - ล้วงรก - Active management of 3rd stage of labor ปี พ.ศ. 2559 เพิ่ม workshop อีก 2 stations ได้แก่ การช่วยคลอดท่าก้น และ การ estimate blood loss (ด้วยถุงรองเลือด รวมทั้งการชั่งผ้ากอซและผ้า swab) เป็น 10 รุ่นๆ ละ 40 คน แต่ปัจจุบัน 50-60 คน เพื่อตอบสนองความต้องการของสำนักงานปลัดกระทรวง จึงสงวนรุ่นที่ 5 ให้เฉพาะโรงพยาบาลในเขต3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เท่านั้น เดิมทีเดียวกรมการแพทย์ของบประมาณของรัฐบาล และกรมการแพทย์เป็นผู้บริหารงบประมาณ แต่ในปีนี้โรงพยาบาลราชวิถีเป็นผู้ของบประมาณของรัฐบาลเอง มีการจัดประชุมวิชาการประจำปี การคลอดมาตรฐาน โดยจัดมา 3 ปีแล้ว มีทั้งบรรยายและนำเสนอผลงานของโรงพยาบาลชุมชน จัดที่โรงแรมMiracle มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 600-700 คน/ปี ผลประเมินผู้เข้าร่วมประชุมมีความพึงพอใจมาก

**6. วิธีการ/ขั้นตอน หรือกระบวนการที่ทำให้งานนั้นประสบความสำเร็จ เทคนิคหรือกลยุทธ์ที่ใช้ ผู้มีส่วนร่วม อุปสรรคหรือปัญหาในการทำงาน และแนวทางการแก้ไข**

 **เทคนิคหรือกลยุทธ์ที่ใช้** การร่วมมือ ร่วมใจกันทำ ปรับ workshop ตามแบบใบประเมิน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เข้าอบรม

 **อุปสรรคหรือปัญหาในการทำงาน และแนวทางการแก้ไข** - เมื่อโรงพยาบาลชุมชนต้องการ refer ทำได้ยาก - ให้โรงพยาบาลจังหวัดใช้เกณฑ์เดียวกันในการตัดสิน route of delivery ไม่ว่าคนไข้สามัญหรือคนไข้ส่วนตัว - กรมอนามัยไม่เคยนับห้องคลอดอยู่ในภาพใหญ่

**7. ผลลัพธ์หรือความสำเร็จที่เกิดขึ้น และสิ่งที่ผู้เล่าเรื่องที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ดังกล่าว**

 Measurement & Evaluation (M&E) ไปที่โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ได้เปิดอ่านเอกสารของเค้า ก็พบว่าเอกสาร/idea เหมือนของเราหมด ประธาน MCH จังหวัดเชียงใหม่เป็นหัวหน้าสูติแพทย์ รพ.นครพิงค์ ได้เข้าร่วมอบรมในปีแรก เกิดความประทับใจ และนำนโยบายที่ได้เข้าร่วมอบรมมาใช้กับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในเชียงใหม่ **สิ่งที่ผู้เล่าเรื่องที่ได้เรียนรู้** - รู้ว่าโรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลชุมชนปี 2556 รู้ระบบสาธารณสุขที่แท้จริงของประเทศ - รู้ความต้องการ ปัญหาของโรงพยาบาลแต่ละโรงพยาบาล - รู้ว่าศักยภาพในห้องคลอดของประเทศเป็นอย่างไร ควรแก้ไขอย่างไร แต่ก็ใหญ่เกินกำลังที่จะทำได้ - เห็นแนวทางที่จะทำให้ maternal mortality ลดลง แต่เป็นเรื่องที่ใหญ่และยาก