



โครงการการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก

จินตนา พัฒนพงษ์ศรีธ
นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการฯ ศึกษากระบวนการดำเนินงานและความเป็นไปได้การขยายพื้นที่ดำเนินงานโครงการ โดยคัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจงตามความสมัครใจของจังหวัด ภาคละอย่างน้อย 1 จังหวัด รวม 5 จังหวัด คือ เชียงราย มหาสารคาม กาฬสินธุ์ ลพบุรี และนครศรีธรรมราช ประชากรคือโรงพยาบาลในพื้นที่เป้าหมายใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) กำหนดโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นแม่ข่าย 1 แห่ง และสุ่มโรงพยาบาลอื่นๆ อีก 1-2 แห่ง ได้โรงพยาบาลในจังหวัดเป้าหมายจำนวน 34 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 3 รายต่อคลินิกรวมทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 30 ราย ผู้ให้บริการประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ผู้ปฏิบัติงานที่คลินิกฝากครรภ์ทุกคนที่ปฏิบัติงานในวันที่ผู้วิจัยมาติดตามงานและผู้บริหารของหน่วยงาน คือหัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ เครื่องมือเก็บข้อมูลผู้รับบริการใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานใช้แบบแนวคำถามเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และผู้บริหารใช้แบบแนวคำถามเก็บข้อมูล โดยสัมภาษณ์เจาะลึก ส่วนข้อมูลผลลัพธ์ของการบริการใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบรายงานที่จังหวัดจัดเก็บวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนดำเนินงาน (พ.ศ.2548-2550) และหลังดำเนินงานโครงการ (พ.ศ.2551-2552) โดยใช้สถิติไคสแควร์และ Mann-Whitney Test, การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการขยายพื้นที่ดำเนินงานโดยเปรียบเทียบความครบถ้วนบริการที่ได้รับการประเมินครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 ด้วยสถิติ Z-Test ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับด้วยสถิติ Chi Square Test และเก็บข้อมูลจากเอกสารโครงการ รายงานการประชุมโดยการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานและการขยายพื้นที่ดำเนินงานโครงการ ผลการศึกษา พบว่าผลลัพธ์ด้านเด็กและด้านมารดาไม่มีความแตกต่างของการให้บริการก่อนและหลังดำเนินงานโครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการฝากครรภ์ไม่เพิ่มขึ้น ความครบถ้วนของบริการที่ผู้รับบริการได้รับส่วนใหญ่มีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านผู้ให้บริการมีทัศนคติเชิงบวกต่อระบบบริการรูปแบบใหม่เพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 จากร้อยละ 54.3 เป็นร้อยละ 94.1 และไม่มีผู้ที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วย ส่วนปัญหาอุปสรรค สามารถแก้ไขได้เบ็ดเสร็จโดยหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ จึงมีความเป็นไปได้ในการขยายพื้นที่ดำเนินงานให้ครอบคลุมในทุกจังหวัด

New antenatal care according to WHO advisory.

Jintana Pattanapongthorn

Public Health Technical Officer,
Senior Professional Level

Nongluk Roongsusin

Public Health Technical Officer,
Senior Professional Level

Bureau of Health Promotion, Department of Health

Abstract

This Research was an Action Research. The purpose of this study to compared the results before and after, to studied the process and to analyzed the feasibility of expanding the project. The study used purposive sampling and stratified random Sampling. 5 voluntary provinces including Chiang Rai Province Mahasarakham Province Kalasin Province Lopburi Province and Nakhon Ratchasima Province were selected as area for the study and 34 hospital from voluntary province were selected as sample population. Data were collected by questionnaire from pregnancy, Focus group from health worker and Depth interview from manager and analyzed by applying Mann-Whitney Test to compare the results before and after the project , Z-test to compare the coverage service and Chi square test to satisfaction service. The results showed that no difference from the service before and after the program between the children and the mothers. TheComplaints ANC from the pregnancy was not increased. The completeness of the service has been in almost every high proportion of the first evaluation. However the satisfaction of pregnancy was no statistically significant . The study also showed that The service providers had a positive attitude on the new service increases 94.1% from 54.3% of the first evaluation and none disagrees with attitude. Therefore, the problems and obstacles can be solved by a comprehensive public health services in the area. Finally, the feasibility of expanding of the new WHO antenatal care model project can implement to coverage in every province and set to the Certification Service's evaluation system, monitoring and evaluation by the Inspector from Ministry of Public Health.



■ บทนำ

การฝากครรภ์ เป็นจุดเริ่มต้นแห่งการพัฒนาคุณภาพประชากรเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์เพื่อการตั้งครรภ์ และการคลอดเป็นไปด้วยความราบรื่น มารดาและทารกปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน และมีสุขภาพแข็งแรง จากการวิเคราะห์สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก พบปัญหาที่เป็นอุปสรรคด้านมารดา หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกช้าและมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ มีภาวะโลหิตจางและมีปริมาณไอโอดีนที่มีค่าน้อยกว่ามาตรฐาน (150 µg/L) ด้านสุขภาพเด็กได้แก่ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน 25.0 ต่อพันการเกิดมีชีพ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 8.3 ทารกมีโอกาสเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 6 ต่อพันการเกิดมีชีพ มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 15.8 และเด็กอายุ 0-5 ปี มีการขาดโปรตีนและพลังงาน ร้อยละ 7.8 และมีพัฒนาการสมวัยทุกด้าน ร้อยละ 67.7⁽¹⁾ จากการศึกษาการจัดบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ในงานอนามัยแม่และเด็ก พบว่า ภาระงานของเจ้าหน้าที่และจำนวนผู้รับบริการมีผลต่อคุณภาพบริการของการบริการในคลินิกฝากครรภ์ ในขณะที่สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับจัดกิจกรรมหลักเช่นเดียวกัน แต่ความสมบูรณ์แตกต่างกัน ปัญหาที่พบคือ มีการประเมิน บันทึก และอธิบายให้ความรู้แก่ผู้รับบริการน้อยมาก ได้แก่ การให้ความรู้เส้นทางลูกรก โภชนาการหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติน้อยที่สุด ร้อยละ 18-32 การซักประวัติการเจ็บป่วย การให้อาหารและยาปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 60 การอธิบายสิ่งที่ตรวจพบให้หญิงตั้งครรภ์ทราบปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 60-70 หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อการ

บริการมากที่สุดเพียง ร้อยละ 40.6 และพึงพอใจมากร้อยละ 35.6⁽²⁾

การดูแลครรภ์อย่างเป็นระบบในประเทศสหราชอาณาจักรเริ่มดำเนินงานตั้งแต่ ค.ศ.1929 โดยนัดหมายให้ผู้ตั้งครรภ์มาตรวจครรภ์ประมาณ 15 ครั้ง ซึ่งการนัดหมายดังกล่าวเกิดจากความเห็นของแพทย์ มิได้องค์ข้อมูลเชิงประจักษ์ใดๆ เกี่ยวกับความถี่ของการนัดหมาย รวมทั้งเกิดจากความวิตกกังวลว่าการวินิจฉัยโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจะคลาดเคลื่อนไป หากนัดหมายน้อยครั้ง แต่การติดตามผลของการดูแลครรภ์ในประเทศต่างๆ ของทวีปยุโรป พบว่า อัตราตายทารกปริกำเนิดไม่มีความแตกต่างกัน ถึงแม้จะนัดน้อยครั้งกว่า⁽³⁾ ซึ่งมีหลายการศึกษาในรูปแบบ Randomized Control Trial (RCT) ยืนยันถึงผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่แตกต่างกันระหว่างการดูแลครรภ์แบบดั้งเดิม (Traditional ANC) กับ Goal-oriented ANC ซึ่งมีการนัดหมายน้อยครั้งกว่า แต่มีระบบการให้บริการอย่างมีเป้าหมาย^(4,5) และการศึกษาในคลินิกดูแลตั้งครรภ์ 53 แห่งใน 4 ประเทศ^(5,6) คือ อาร์เจนตินา คิวบา ซาอุดีอาระเบีย รวมทั้งประเทศ เพื่อเปรียบเทียบการดูแลผู้ตั้งครรภ์ตามมาตรฐานตะวันตกกับการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อมารดา และทารก ยังช่วยลดจำนวนครั้งของการฝากครรภ์เหลือเพียง 4 ครั้ง จากมาตรฐานที่กำหนดประมาณ 8-12 ครั้ง ลดทรัพยากรที่ไม่จำเป็นสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ นอกจากนี้ทั้งหญิงตั้งครรภ์และเจ้าหน้าที่ มีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ตั้งครรภ์และพบว่าการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่กับการดูแลสตรีตั้งครรภ์มาตรฐานเดิมไม่มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเรื่อง ภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง ความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือทารกเกิดน้ำหนักน้อย และไม่พบความแตกต่างในเรื่องของการชักจากพิษแห่งครรภ์ (eclampsia) การเสียชีวิตของมารดาและทารก

ดังนั้น หลักการการดูแลครรภ์ที่ดีมีประสิทธิผล จึงไม่ได้อยู่ที่จำนวนครั้งของการนัดหมาย แต่อยู่ที่การให้บริการ ในกิจกรรมที่พิสูจน์ได้ว่ามีประสิทธิผลต่อผู้รับบริการ^(3,7) กรมอนามัยจึงร่วมกันกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานจาก 5 จังหวัด คือ เชียงราย มหาสารคาม กาฬสินธุ์ ลพบุรี และนครศรีธรรมราช ดำเนินงานโครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนเริ่มโครงการกับช่วงหลังการดำเนินงานโครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก

2. ศึกษากระบวนการดำเนินงานและความเป็นไปได้การขยายพื้นที่ดำเนินงานโครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก

■ คำจำกัดความ

การดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก หมายถึง การจัดบริการการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ในแต่ละครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์ที่พิสูจน์แล้วว่าเป็นประโยชน์ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ

1. การชักประวัติการตั้งครรภ์ในอดีตและปัจจุบัน โรคทางอายุรกรรม การเสพยาเสพติด การสูบบุหรี่ ความพร้อมการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร

2. คัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ตาม Classifying form เพื่อแยกหญิงตั้งครรภ์ปกติหรือมีภาวะเสี่ยง หากมีภาวะเสี่ยงให้ส่งต่อสูติแพทย์เพื่อดูแลเฉพาะราย

3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการคัดกรองและตรวจยืนยันเมื่อมีข้อบ่งชี้ซัลลัสซีเมียซิฟิลิส(ให้การรักษาหากผลเป็นบวก) เอตส์ หมู่เลือด (ABO, RH) Hct/Hbไวรัสตับอักเสบบี

4. ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ตรวจอนามัยในช่องปาก ตรวจปัสสาวะด้วย Urine dipstick ตรวจภายในตามความสมัครใจ ตรวจอัลตราซาวด์ประเมินความเครียด และฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก

5. การประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร แจงอธิบายผลการประเมินให้คำแนะนำการบริโภคอาหาร ง่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน โฟเลท

6. ให้ความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ เป็นกลุ่ม พร้อมข้อเสนอแนะที่หญิงตั้งครรภ์และสามีจะนำไปเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนด้วยตนเองโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

7. จัดให้มีช่องทางติดต่อระหว่างผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่ได้ 24 ชั่วโมง และการส่งต่อในภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงที

ความเป็นไปได้ในการขยายพื้นที่ดำเนินงานโครงการ หมายถึง ผลจากการประเมินความครบถ้วนของบริการดูแลครรภ์ที่พึงได้รับตามอายุครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์แต่ละครั้ง และความพึงพอใจของผู้ตั้ง



ครรภ์ต่อบริการดูแลครรภ์แนวใหม่ฯ ที่ได้รับความพึงพอใจตามทัศนคติของผู้ให้บริการต่อโครงการฯ รวมถึงปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และบรรเทาผล

■ วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) คัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจงตามความสมัครใจของจังหวัดภาคละอย่างน้อย 1 จังหวัด รวม 5 จังหวัดสุ่มประเมินโครงการใน โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 6 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (90-150 เตียง) จำนวน 12 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (10-60 เตียง) จำนวน 16 แห่ง รวม 34 แห่ง แต่ละโรงพยาบาลให้บริการสตรีตั้งครรภ์ตามคู่มือการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อแนะนำองค์การอนามัยโลก ตั้งแต่มีนาคม 2551

ทีมวิจัยจัดอบรมผู้ให้บริการ ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาลจากโรงพยาบาลทุกแห่งและผู้รับผิดชอบโครงการของจังหวัดเป้าหมายโดยมีสาระในเรื่อง 1) ระบบการให้บริการฝากครรภ์ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก 2) การให้บริการที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้แก่ การตรวจภายใน การตรวจปัสสาวะเพื่อคัดกรองภาวะ Asymptomatic bacteria การตรวจอัลตราซาวด์ การให้เกลือแร่และวิตามินที่จำเป็น 3) สนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดซื้อวิตามินและเกลือแร่ Urine Multiple dipstick จัดส่งคู่มือดำเนินงานโครงการฯ และเป็นพี่ปรึกษาด้านวิชาการแก่ผู้ปฏิบัติงาน 4) การเยี่ยมติดตามงาน การเก็บข้อมูลและประเมินผล

การประเมินผลโครงการ มีการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ครั้งแรกเดือนกุมภาพันธ์-สิงหาคม 2552 และครั้งที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์-สิงหาคม 2553 โดยสุ่มประเมินโรงพยาบาลตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) 2 ชั้นแบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 1 กลุ่ม (ทำหน้าที่แม่ข่าย) และโรงพยาบาลชุมชน 1 กลุ่ม แต่ละกลุ่มทำการสุ่มอย่างง่าย ได้ตัวอย่างเป็นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป จำนวน 6 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 34 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างและวิธีเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) ผู้รับบริการ คือ ผู้ตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ตามระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ฯ จำนวน 3 รายต่อโรงพยาบาล รวมทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 30 ราย ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ความพึงพอใจ และความครบถ้วนของกิจกรรมที่ได้รับบริการ 2) ผู้ปฏิบัติงานที่คลินิกฝากครรภ์ทุกคนที่ปฏิบัติงานในวันเก็บข้อมูลโดยใช้แบบแนวคำถามเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มข้อมูลปัญหาอุปสรรคการแก้ไขปัญหาและทัศนคติต่อการจัดบริการในโครงการฯ 3) ผู้บริหาร เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เจาะลึกถึงความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข 4) ข้อมูลผลลัพธ์ของโครงการเก็บจากข้อมูลทุติยภูมิจากระบบรายงานที่จังหวัดจัดเก็บ ได้แก่ บันทึกคลอด ทะเบียนคลอด รายงานการปฏิบัติงาน ANC ของโรงพยาบาล แบบรายงาน ก2 สรุปรายงานการคลอด และการป่วย/ตายของมารดาและทารก และทะเบียนเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาล ส่วนการประเมินกระบวนการทำงานศึกษาจากเอกสารโครงการ และรายงานการประชุม คู่มือดำเนินงานโครงการฯ การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์การบริการฯ ก่อนดำเนินงาน (พ.ศ.2548-

2550) และหลังดำเนินงานโครงการ (พ.ศ.2551-2552) โดยใช้สถิติโคสแควร์และ Mann-Whitney Test การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการขยายพื้นที่ดำเนินงาน ได้เปรียบเทียบความครบถ้วนบริการที่ได้รับจากการประเมินครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 ห่างกันเป็นเวลา 8 เดือน ด้วยสถิติ Z-Test และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับด้วยสถิติ Chi Square Test และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก และจากรายงานการประชุม

เตรียมการขยายพื้นที่ดำเนินงานด้วยการขับเคลื่อนให้ระบบการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่เป็นมาตรฐานการบริการคลินิกฝากครรภ์ของหน่วยบริการฯ การพัฒนาความรู้ ทักษะให้แก่ผู้ให้บริการฯ การประเมินมาตรฐานการจัดระบบบริการฝากครรภ์คุณภาพ โดยทีมประเมิน

มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กระดับส่วนกลาง ระดับเขต และระดับจังหวัด และการกำกับติดตาม โดยทีมการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม 2551 ถึงกุมภาพันธ์ 2555

■ ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วยหัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้บริหาร จำนวน 34 คน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 51 คน และหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นผู้รับบริการตามระบบการดูแลสุขภาพสตรี แนวใหม่ 180 คน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ได้แก่ รพศ. รพท. จำนวน 41 คน รพช. ขนาดใหญ่ (90-120-150 เตียง) จำนวน 63 คน และ รพช.ขนาดเล็ก (10-30-60 เตียง) จำนวน 76 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนโรงพยาบาลผู้ให้บริการ และสตรีตั้งครรภ์ที่สัมภาษณ์ แยกตามโรงพยาบาลที่ศึกษา

โรงพยาบาล/จำนวนตัวอย่าง	โรงพยาบาล (แห่ง)	ผู้บริหาร (คน)	จนท.ผู้ให้บริการ (คน)	หญิงตั้งครรภ์ (คน)
รพศ./ รพท.	6	6	6	41
รพช. ขนาดใหญ่ (90-150 เตียง)	12	12	21	63
รพช. ขนาดเล็ก (10-60 เตียง)	16	16	24	76
รวม	34	34	51	180

ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ พบว่า อายุของสตรีตั้งครรภ์โดยเฉลี่ย 24.4 ปี ร้อยละ 24.4 มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุน้อยที่สุด 17 ปี และอายุมากที่สุด 35 ปี ร้อยละ 58 ของผู้มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรก การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ในวันที่สัมภาษณ์พบว่า

ผู้ที่มาฝากครรภ์ ร้อยละ 18.9 มาตรวจครรภ์ครั้งแรก

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนเริ่มโครงการกับช่วงหลังการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก แยกเป็นผลลัพธ์ด้านเด็ก ได้แก่ ข้อมูล



เกี่ยวกับทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด และการตายปริกำเนิด เปรียบเทียบกันระหว่างช่วงก่อนเริ่มโครงการ (พ.ศ. 2548, 2549 และ 2550) กับช่วงหลังดำเนินงานโครงการ (พ.ศ.2551 และ 2552) พบว่า

ช่วงก่อนและหลังดำเนินโครงการการตามแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ อัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม อัตราทารกขาดออกซิเจนในขณะคลอดที่ 1 นาที และ 5 นาที การตายปริกำเนิด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านเด็ก เปรียบเทียบช่วงก่อนเริ่มโครงการ (พ.ศ.2548, 2549 และ 2550) และช่วงหลังดำเนินงานโครงการ (พ.ศ.2551 และ 2552)

ผลลัพธ์	ลพบุรี	เชียงราย	มหาสารคาม	กาฬสินธุ์	นครศรีธรรมราช
1. อัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย (%)					
พ.ศ.2548	8.3	10.6	6.6	8.8	8.7
พ.ศ.2549	14.1	20.1	6.9	7.8	7.8
พ.ศ.2550	9.2	9.5	8.3	8.1	7.9
พ.ศ.2551	8.7	8.2	6.9	7.9	7.9
พ.ศ.2552	8.7	8.5	8.3	8.8	8.2
<i>P-value*</i>	0.54	0.083	0.543	0.767	0.767
2. อัตราการขาดออกซิเจนที่ 1 นาที ในทารกแรกเกิดต่อพันการเกิดมีชีพ					
พ.ศ.2548	20.8	37.4	17.6	29.5	42.4
พ.ศ.2549	16.5	37.5	18.0	27.4	39.1
พ.ศ.2550	21.0	34.7	24.4	24.1	32.4
พ.ศ.2551	15.3	24.4	24.7	23.3	29.1
พ.ศ.2552	15.1	31.8	31.3	19.5	27.7
<i>P-value*</i>	0.083	0.083	0.083	0.083	0.083
3. อัตราการขาดออกซิเจนที่ 5 นาที ในทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีพ)					
พ.ศ.2548	6.6	14.1	3.5	7.8	0
พ.ศ.2549	0	14.3	4.6	6.8	10.2
พ.ศ.2550	2.5	15.1	7.3	8.5	10.0
พ.ศ.2551	6.3	8.6	6.2	7.5	8.4
พ.ศ.2552	3.9	12.5	8.4	5.9	8.5
<i>P-value*</i>	0.564	0.083	0.248	0.248	0.121

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านเด็ก เปรียบเทียบช่วงก่อนเริ่มโครงการ (พ.ศ.2548, 2549 และ 2550) และช่วงหลังดำเนินงานโครงการ (พ.ศ.2551 และ 2552)(ต่อ)

ผลลัพธ์	ลพบุรี	เชียงราย	มหาสารคาม	กาฬสินธุ์	นครศรีธรรมราช
4. อัตราทารกตายปริกำเนิด (ต่อพันการเกิดมีชีพ)					
พ.ศ.2548	8.3	7.7	7.0	9.3	8.6
พ.ศ.2549	7.1	6.9	7.2	7.3	9.2
พ.ศ.2550	6.4	7.5	5.4	9.8	6.5
พ.ศ.2551	7.8	8.6	4.9	4.5	6.2
พ.ศ.2552	8.0	7.1	4.5	6.0	6.2
<i>P-value*</i>	<i>0.564</i>	<i>0.564</i>	<i>0.083</i>	<i>0.083</i>	<i>0.076</i>

ผลลัพธ์ด้านมารดา พบว่า ในเรื่อง อัตราส่วนมารดาตาย จังหวัดลพบุรีไม่มีมารดาตายในช่วงปี 2551 และ 2552 จังหวัดมหาสารคามไม่มีมารดาตายตั้งแต่ปี 2549 ถึง 2552 ดังนั้นใน 2 จังหวัดนี้ จึงไม่สามารถทดสอบค่าสถิติความแตกต่างช่วงก่อนเริ่มโครงการและช่วงหลังโครงการได้ ส่วนอีก 3 จังหวัด อัตราส่วนมารดาตายไม่แตกต่างกันในช่วงก่อนเริ่มโครงการและช่วงหลังโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ทั้ง 5 จังหวัดที่ศึกษา ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ในช่วงก่อนเริ่มโครงการและช่วงหลังโครงการ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะโลหิตจางในช่วงอายุครรภ์ที่ 32 สัปดาห์ มีข้อมูลเฉพาะในช่วงดำเนินโครงการตามแนวทางการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ฯ พบว่า เกินร้อยละ 10 ที่จังหวัดลพบุรี และ นครศรีธรรมราช ทั้ง 2 ปี และจังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2552 (ตารางที่ 3)

ข้อ 2 และข้อ 3 คำนวณจาก จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่า Hemoglobin < 11 gm % หรือ

ค่า Hematocrit < 33% หารด้วยจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะเลือดทั้งหมด คูณด้วย 100

ด้านเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการคลอดและการฝากครรภ์ จังหวัดลพบุรีไม่มีเรื่องร้องเรียนขณะตั้งครรภ์ ตลอดระยะ 5 ปี ที่ดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ ส่วนอีก 4 จังหวัดมีเรื่องร้องเรียนแต่แนวโน้มไม่เพิ่มขึ้น

ด้านกระบวนการดำเนินงาน เพื่อดูความเป็นไปได้ในการขยายพื้นที่ดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลกพบว่าการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ขั้นตอนดำเนินงาน มี 3 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างความเข้าใจ โดยการประชุมก่อนเริ่มโครงการทั้งผู้บริหารระดับสูงของจังหวัด หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลและผู้ทำงาน และจัดทำคู่มือปฏิบัติการ จากนั้นได้จัดอบรมผู้ให้บริการ ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาลและผู้รับผิดชอบโครงการ ให้เข้าใจหลักการและระบบการให้บริการฝากครรภ์ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก 2) สนับสนุนการจัดซื้อวิตามินและเกลือแร่ที่จำเป็นของหญิงตั้งครรภ์



ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านมารดา เปรียบเทียบช่วงก่อนเริ่มโครงการ (พ.ศ.2548, 2549 และ 2550) และช่วงหลังดำเนินงานโครงการ (พ.ศ.2551 และ 2552)

ผลลัพธ์	ลพบุรี	เชียงราย	มหาสารคาม	กาฬสินธุ์	นครศรีธรรมราช
1. อัตราส่วนมารดาตาย (ต่อแสนการเกิดมีชีพ)					
● 2548	14.4	18.2	12.5	34.0	11.2
● 2549	15.4	9.4	0	10.9	11.1
● 2550	16.8	63.4	0	39.0	0
● 2551	0	25.7	0	22.0	21.7
● 2552	0	38.8	0	22.4	16.2
<i>P-value*</i>	-	0.564	-	0.564	0.121
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก					
● 2548	15.2	8.9	11.5	12.7	9.4
● 2549	14.3	10.6	12.5	17.2	12.3
● 2550	18.8	9.1	10.4	13.9	13.4
● 2551	18.7	9.0	8.3	14.4	13.8
● 2552	21.5	9.9	12.5	14.4	18.8
<i>P-value*</i>	0.248	1.0	0.767	0.554	0.083
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์					
● 2551	14.0	6.4	3.2	3.9	15.5
● 2552	15.6	8.6	6.4	11.7	18.3

* *P-value of the Mann-Whitex test*

หมายเหตุ** ไม่มีข้อมูล พ.ศ. 2548-2550 เนื่องจากไม่ได้จัดเก็บไว้

Urine Multiple dipstick และเป็นที่ปรึกษา
ด้านวิชาการแก่ผู้ปฏิบัติ 3) ประเมินผลโครงการ
ก่อนขยายพื้นที่ดำเนินงาน

การประเมินความเป็นไปได้ในการขยาย
พื้นที่ดำเนินงานโครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนว
ใหม่ โดยการติดตามประเมินผลโครงการ 2 ครั้ง
ห่างกันเป็นเวลา 8 เดือน ทำการสัมภาษณ์ผู้รับ
บริการ จำนวน 180 คน พบว่าโดยภาพรวม ความ
ครบถ้วนของบริการที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับมีความ

แตกต่างกันเล็กน้อยสำคัญ โดยการประเมินครั้งที่ 2
สตรีตั้งครรภ์ได้รับบริการครบถ้วนในสัดส่วนที่สูง
กว่า โดยการประเมินครั้งที่ 2 พบว่า ร้อยละ 16.7
ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการสูงสุด ร้อยละ
97.7 เมื่อเปรียบเทียบการประเมินครั้งที่ 1
(กุมภาพันธ์ - สิงหาคม 2552) และครั้งที่ 2
(กุมภาพันธ์-สิงหาคม 2553) พบมีความแตกต่าง
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการที่สตรี

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพัฒนาการความครบถ้วนของบริการที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับ จากการติดตามประเมินผลครั้งที่ 1 (กุมภาพันธ์-สิงหาคม 2552) และครั้งที่ 2 (กุมภาพันธ์-สิงหาคม 2553)

บริการที่ได้รับ	รพท./รพศ.		รพช.ขนาดใหญ่		รพช.ขนาดเล็ก		รวม	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
การซักประวัติ	30	41	64	63	81	76	175	180
ได้รับครบถ้วน	43.3	61.0	59.4	54.0	43.2	69.7	49.1	62.2
ได้รับแต่ไม่ครบถ้วน	53.4	34.2	29.7	41.2	48.2	27.7	42.3	33.9
ไม่ได้รับ	3.3	4.8	10.9	4.8	8.6	2.6	8.6	3.9
<i>P-value</i>	0.070		0.730		<.001		0.007	
การตรวจร่างกาย	30	41	63	61	80	75	173	177
ได้รับครบถ้วน	6.7	15.0	7.9	16.4	20.0	25.3	13.3	19.9
ได้รับแต่ไม่ครบถ้วน	93.3	85.0	90.1	83.6	80.0	74.7	86.7	80.1
<i>P-value</i>	0.139		0.074		0.21		0.050	
การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	30	41	64	63	81	76	175	180
ได้รับครบถ้วน	83.30	100	89.1	98.4	92.36	93.4	89.7	97.7
ได้รับแต่ไม่ครบถ้วน	16.7	0	10.9	1.6	7.4	6.6	10.3	2.3
<i>P-value</i>	0.004		0.016		0.423		0.001	
การจัดให้มีการดูแลรักษา	30	41	63	62	81	75	174	178
ได้รับครบถ้วน	66.7	95.1	49.1	87.1	71.6	90.7	62.6	90.4
ได้รับแต่ไม่ครบถ้วน	33.3	4.9	50.8	12.9	28.4	9.3	37.4	9.6
<i>P-value</i>	0.001		<.001		0.002		<.001	
บริการทุกอย่าง	30	40	62	60	80	74	172	180
ได้รับครบถ้วน	3.3	12.5	3.2	13.3	7.5	21.6	5.2	16.7
ได้รับแต่ไม่ครบถ้วน	96.7	87.5	96.8	86.7	92.5	78.4	94.8	83.3
<i>P-value of Z tes For proportions</i>	0.087		0.021		0.007		<.001	

ตั้งครรภ์ได้รับเมื่อมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล จากการประเมินผล 2 ครั้ง ห่างกัน 8 เดือน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใจมากและปานกลาง โดยรวมไม่พบว่ามีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกขนาดของโรงพยาบาล (ตารางที่ 5)

ส่วนความพึงพอใจของผู้ให้บริการทั้ง หัวหน้าคลินิกและผู้ปฏิบัติงาน ณ คลินิกฝากครรภ์ ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับระบบดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ (ครั้งที่ 2 ร้อยละ 94.1 ครั้งที่ 1 ร้อยละ 54.3) การสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาความคิดเห็น ผู้ให้บริการมีความเห็นว่าบริการตามระบบดูแลสุขภาพ



ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ฯ จากประเมินผล ครั้งที่ 1 (กุมภาพันธ์-สิงหาคม 2552) และครั้งที่ 2 (กุมภาพันธ์-สิงหาคม 2553)

ความพึงพอใจ	รพท./รพศ.		รพช.ขนาดใหญ่		รพช.ขนาดเล็ก		รวม	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
จำนวน	30	41	64	62	81	76	175	179
พอใจมาก	70.0	63.4	67.2	71.0	64.2	55.3	66.3	62.6
พอใจปานกลาง	26.7	36.6	28.1	29.0	33.3	43.4	30.3	36.9
พอใจน้อย	3.3	0.0	4.7	0.0	2.5	1.3	3.4	0.6
<i>P-value of Chi Square Test</i>	0.719		0.323		0.872		0.766	

ตั้งครรภ์แนวใหม่ การดูแลผู้รับบริการทำได้ครอบคลุม ละเอียด มีคุณภาพมากขึ้น และลดภาระงานในแต่ละวันลง โดยมีการประสานงานระหว่างทีม ANC กับทีมงานอื่นๆ ในโรงพยาบาลค่อนข้างดีผู้ให้บริการได้พัฒนาตัวเองได้เรียนรู้ความรู้ใหม่ๆ โรงพยาบาลมีความพร้อมใน

เรื่องเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ทำให้บริการอย่างเข้าใจและมั่นใจ ที่สำคัญช่วยลดจำนวนครั้งของการมารับบริการของผู้รับบริการ (เหลือ 5 ครั้ง) ผู้รับบริการมีความสนใจและเอาใจใส่ดูแลตนเองได้มากขึ้น (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบทัศนคติต่อระบบดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ของหัวหน้าคลินิกและผู้ปฏิบัติงานระหว่างการประเมินผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดย Chi-Square Test

ทัศนคติ	การประเมินผลครั้งที่ 1		การประเมินผลครั้งที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. หัวหน้าคลินิก ANC	35	100.0	34	100.0
ทัศนคติเห็นด้วย	19	54.3	32	94.1
ทัศนคติไม่แน่ใจ	13	37.1	2	5.9
ทัศนคติไม่เห็นด้วย	2	8.6	0	0
<i>P-value of the Chi-square test*</i>	<0.001			
2. ผู้ปฏิบัติงานคลินิก ANC	35	100.0	34	100.0
ทัศนคติเห็นด้วย	19	54.3	32	94.1
ทัศนคติไม่แน่ใจ	14	40.0	2	5.9
ทัศนคติไม่เห็นด้วย	2	5.7	0	0
<i>P-value of the Chi-square test*</i>	<0.001			

ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างดำเนินการและแนวทางแก้ไขจากการสัมภาษณ์เชิงลึก หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์และการเสวนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานคลินิกฝากครรภ์พบปัญหาอุปสรรคเช่น ผู้ให้บริการในระยะแรกรังขาคความมั่นใจในการตรวจภายใน อัตรากำลังไม่เพียงพอ เมื่อต้องตรวจมากขึ้นทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น แพทย์มีความเห็นแตกต่างกันในรายละเอียดของการให้บริการ เช่น ความวิตกกังวลกับการฟ่องร้อง จากความเสี่ยงของการตรวจภายในกับโอกาสแท้ง ปัญหาการสนับสนุนเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ไม่ทันการในระยะเริ่มต้นโครงการ เช่น การใช้ Urine Analysis ทดแทน Multiple dipstick หรือให้เกลือไอโอดีนแทน ยาวิตามินรวมที่มีสารไอโอดีน ในระยะที่เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ยังไม่พร้อม เป็นต้น ปัญหาไม่เข้าใจแบบฟอร์มประเมินความเสี่ยงและระบบการลงข้อมูลปัญหา ด้านสถานที่คับแคบ ไม่เป็นสัดส่วน ร้อน เป็นต้น ซึ่งการติดตามและให้ความกระจ่างระหว่างดำเนินโครงการ ช่วยคลี่คลายปัญหาลงได้เป็นส่วนใหญ่ส่วนปัญหาด้านผู้รับบริการ เช่น ความวิตกกังวลของการไม่ต้องการตรวจภายใน รอคอยนานและต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การประเมินครั้งที่ 2 พบว่า ผู้รับบริการพึงพอใจมากขึ้น เนื่องจากลดจำนวนครั้งและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และได้รับการครบถ้วนมากขึ้น

■ อภิปรายผล

การดำเนินงานโครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก มีเป้าหมายหลักคือให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับบริการที่พิสูจน์แล้วว่าจำเป็นอย่างครบถ้วน เพื่อให้ผู้จัด

บริการใช้เวลาอย่างคุ้มค่า และสตรีตั้งครรภ์ลดปัญหาการเสียเวลาเสียค่าเดินทางมารับการตรวจโดยไม่จำเป็น การวิเคราะห์ถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า บริการตรวจภายใน เป็นประเด็นที่ยังถกเถียงกันเกี่ยวกับความจำเป็นในการตรวจทุกรายและใครควรเป็นผู้ให้บริการ ทั้งนี้มีบางการศึกษากล่าวว่าไม่แนะนำที่จะตรวจภายในผู้ตั้งครรภ์ทุกราย^(3,7) จึงต้องมีขั้นตอนทำความเข้าใจ พัฒนาเครื่องมือและแพทย์ที่จะให้บริการ รวมทั้งการเก็บข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

การประเมินครั้งที่ 2 พบว่าผู้ให้บริการทั้งหัวหน้าคลินิกและผู้ปฏิบัติงาน มีทัศนคติเชิงบวกในสัดส่วนเพิ่มขึ้นชัดเจน เนื่องจากเริ่มคุ้นเคยกับระบบและเห็นว่าความคับคั่งของผู้รับบริการลดลง ทำให้มีเวลาให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการมากขึ้น ส่วนใหญ่จะเห็นชัดเจนในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ผู้รับบริการไม่ได้ลดลงชัดเจนเนื่องจากส่วนใหญ่เป็น High risk cases ที่ส่งต่อมาจากที่ต่างๆ ด้านความครบถ้วนของการบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับบริการค่อนข้างครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากครั้งแรกโดยมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกประเด็น และได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงตาม Classifying Form ครบถ้วนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน การมี Checklist ทำให้ผู้ให้บริการได้ตรวจสอบความครบถ้วนของการบริการ แต่ก็เป็นการเพิ่มภาระงานด้านเอกสารการแก้ไข อาจส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในการตรวจสอบความครบถ้วนของการบริการ เพื่อจะได้ตรวจสอบบริการที่ตนพึงได้รับเพิ่มความตระหนักและช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตาม



การปรับเปลี่ยนระบบใดๆ ควรคำนึงถึงทักษะและความเชื่อของผู้รับบริการด้วย^(๘,๑)

ด้านผลลัพธ์ของโครงการ ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ด้านเด็ก ด้านมารดาและเรื่องการเรียนรู้ในช่วงก่อนและหลังดำเนินงานระบบดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ฯ ไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลก^(๕) และสอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศในยุโรป พบว่า อัตราตายทารกปริกำเนิดไม่มีความแตกต่างกัน ถึงแม้จะนับน้อยครั้งกว่า^(๓) และสอดคล้องกับการศึกษาในปี 1996^(๔) ยืนยันถึงผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ที่ไม่แตกต่างกัน ระหว่างการดูแลครรภ์แบบดั้งเดิม (Traditional ANC) กับ Goal-oriented ANC ซึ่งมีการนัดหมายน้อยครั้งกว่า แต่มีระบบการให้บริการอย่างมีเป้าหมาย

นอกจากนั้นการดูแลครรภ์ที่ผ่านมา (Traditional ANC) ซึ่งผู้ตั้งครรภ์ถูกนัดหมายมาหลายครั้งทุกคน โดยไม่ได้แยกกลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อยและความเสี่ยงมากจากการตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์จึงต้องใช้เวลาเดินทางและรอตรวจนาน ในขณะที่มีเวลาพบผู้ให้บริการเพียงไม่กี่นาที เวลาในการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ที่จะให้ความรู้และคำแนะนำจึงมีน้อย^(๕) หลักการการดูแลครรภ์ที่ดีมีประสิทธิผล จึงไม่ได้อยู่ที่จำนวนครั้งของการนัดหมาย แต่อยู่ที่การให้บริการในกิจกรรมที่พิสูจน์ได้ว่ามีประสิทธิผลต่อผู้รับบริการ^(๖)

■ ข้อเสนอแนะ:

จากการศึกษาพบว่า การดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อแนะนำองค์การอนามัยโลก มีประสิทธิผล ทั้งในเรื่องความครบถ้วนบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผลลัพธ์ต่อสุขภาพด้านเด็กและมารดาที่สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยมีความเห็นสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการ ในการขยายผลไปยังจังหวัดอื่น ดังนี้

ด้านผู้ให้บริการ ควรทำความเข้าใจถึงหลักการ และพัฒนาทักษะการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ฯ แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย สนับสนุนอัตรากำลังให้เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ และภาระงานด้านผู้รับบริการ ควรได้รับการสื่อสารเกี่ยวกับระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ฯ เพื่อสร้างความเข้าใจและการยอมรับ และส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในการตรวจสอบบริการที่ตนเองพึงได้รับ ตาม Checklist และ Classifying Form โดยการจัดทำแบบฟอร์มที่ผู้รับบริการเข้าใจได้ด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ ควรจัดเตรียมให้ครบถ้วนก่อนเริ่มดำเนินงาน รวมทั้งมีคู่มือปฏิบัติงานทุกระดับอย่างชัดเจนด้านระบบบริหารจัดการควรมีสถานที่ให้บริการเป็นสัดส่วน และเป็น One Stop Service (บริการรวมจุดเดียว) ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การขยายผลควรเป็นไปตามความสมัครใจและความพร้อมของจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย . รายงานประจำปี 2553 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.;2553
2. ศิริกุล อิศรานุกฤษ และคณะ . การจัดระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ในงานอนามัยแม่และเด็ก. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.;2549

3. Chan KL, Kean LH . *Routine antenatal management in later pregnancy*. Current Obstetrics & Gynecology.2004;14:86-91
 4. Munjanja SP, Lindmark G, Nystrom L. *Randomised controlled trial of a reduce-visited programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe*. Lancet.1996;348:364-69.
 5. Lumbiganon P. *Appropriate technology: antenatal care*. International Journal of Gynecology & Obstetrics.1998;63Supp.1:S91-95.
 6. ภิตก ลุ่มพิกานนท์ ณรงค์ วินัยกุล โฉมพิลาต จงสมชัย. *คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก*. นนทบุรี : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.;2551
 7. Kean LH, Chan KL. *Routine antenatal management at booking clinic*. Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine.207;17(3):69-73.
 8. Mathole T, Lindmark G, Majoko F, Ahlberg BM. *A qualitative study of women's perspectives of antenatal care in a rural area of Zimbabwe*. Midwifery.2004;20:122-32.
- Cooke HM, Waters DL, Dyer K, Lawler L, Picone D. *Development of a best practice model of midwifery-led antenatal care*. Australian Midwifery Journal of the Australian College of Midwives.2004;17(2):21-5.

