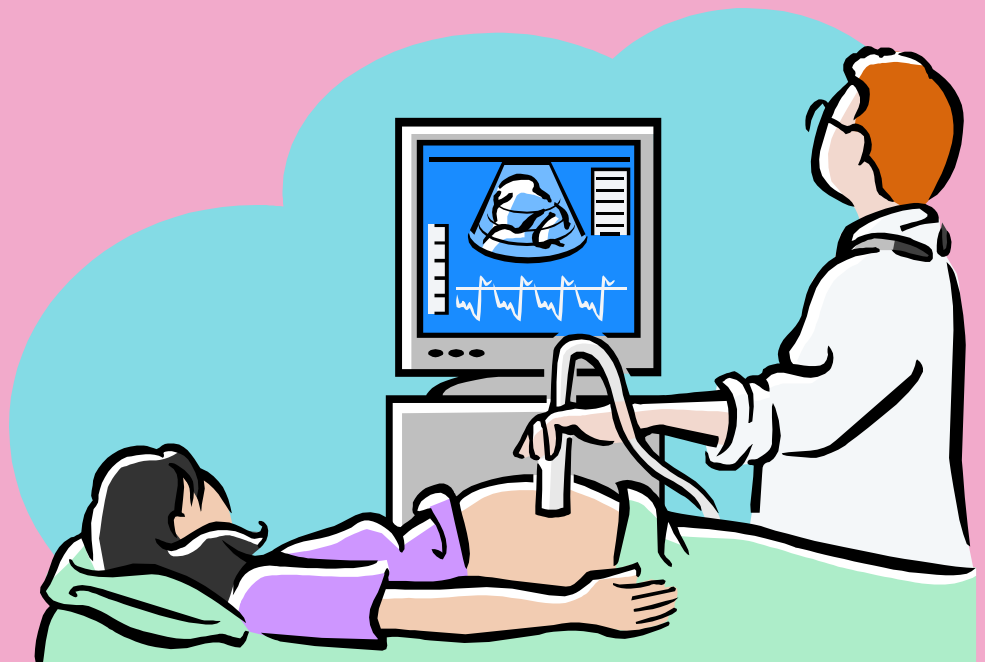


การประเมินผลโครงการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแล ผู้ตั้งครุฑแนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก

ครั้งที่ 2



จัดทำโดย

ศิริกุล อิศรานุรักษ์

จิราพร ช่มพิกุล

ปราณี สุกธิสุตธณ์

เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม

ปรีธดา ฑาสี

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
สนับสนุนโดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ธันวาคม 2552

รายงานการประเมินผลโครงการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามข้อเสนอองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 2

ผู้เขียน

ศิริกุล อิศรานุรักษ์

จิราพร ชมพิกุล

ปราณี สุทธิสุคนธ์

เกรียงศักดิ์ ช่อเลื่อง

ปรินดา ตาสี

Authors

Sirikul Isaranurug

Jiraporn Chompikul

Pranee Suthisukon

Kriengsak Sueluerm

Parinda Tasee

ข้อมูลบรรณานุกรม :

ศิริกุล อิศรานุรักษ์

รายงานการประเมินผลโครงการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 2 = Evaluation of the action research on the new system of antenatal care based on WHO guideline: Round Two / ศิริกุล อิศรานุรักษ์, จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุคนธ์, เกรียงศักดิ์ ช่อเลื่อง, ปรินดา ตาสี. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552.

ก-ท, 126 หน้า

1. ครรภ์--การดูแลและสุขภาพ 2. มารดาและทารก--ไทย 3. โครงการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 2 4. การประเมิน 5. อนามัยแม่และเด็ก--ไทย I. จิราพร ชมพิกุล II. ปราณี สุทธิสุคนธ์ III. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

WQ200 ศ448ร 2552

ลิขสิทธิ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนพิมพ์ 150 เล่ม

จัดพิมพ์โดย สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ต. ศาลายา อ. พุทธมณฑล จ. นครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0 2441 9040-3 โทรสาร 0 2441 9044

www.aihd.mahidol.ac.th

จัดรูปเล่ม นางสาวศรีไพร ปิ่นบัวทอง

ออกแบบปก นางสาวปรินดา ตาสี

คำนำ

โครงการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก ได้ดำเนินการมาเป็นเวลา 1 ปี แล้ว ความสับสน ความไม่เข้าใจ ความไม่มั่นใจ ของผู้ให้บริการในจังหวัดน่าน 5 จังหวัด ซึ่งได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ลพบุรี มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และเชียงราย ได้คลี่คลายลงไปมาก และมีความพึงพอใจต่อระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะหลังจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ แพทย์ และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ จากจังหวัดน่านดังกล่าว และมีวิทยากรหลักของโครงการฯ คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิเศก ลุมพิกานนท์ และนายแพทย์ณรงค์ วินิชกุล ให้ข้อมูลเชิงวิชาการทุกแง่มุม

รายงานนี้เป็นรายงานการประเมินผลโครงการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 2 หลังจากได้ติดตามประเมินผลการดำเนินงานครั้งแรกไปแล้ว 6 เดือน นำเสนอข้อมูลเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานระหว่างการประเมินผล ครั้งที่ 1 และครั้งนี้ และเสนอแนะสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างรัดกุมก่อนการขยายผลไปยังจังหวัดอื่นๆ เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ตั้งครรภ์เป็นที่ยอมรับของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และสุดท้ายคือประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

คณะผู้ประเมินผลโครงการฯ

ธันวาคม 2552

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ประเมินผลโครงการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ตาม
ข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก ขอขอบคุณ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความไว้วางใจให้ทำ
หน้าที่ดังกล่าวนี้ ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตลอดจน
ผู้เกี่ยวข้อง ในงานฝากครรภ์ทุกคน ใน 5 จังหวัดนำร่อง ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นอย่างดี ในการ
ติดตามประเมินผลครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ตั้งครรภ์ทุกคนที่สละเวลา และให้ความร่วมมือในการตอบ
แบบสอบถาม

ขอขอบคุณ

คณะผู้ประเมินผลโครงการฯ

ธันวาคม 2552

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทสรุป	ฉ
บทคัดย่อ	ค
Abstract	ท
บทที่ 1 ความเป็นมา	1
ความนำ	1
วัตถุประสงค์การประเมินผลโครงการ	2
กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการ	2
นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	3
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	4
บทที่ 2 วิธีดำเนินการ	15
รูปแบบการศึกษา	15
พื้นที่ศึกษา	15
ประชากรที่ศึกษา	17
ระยะเวลาที่เก็บข้อมูล	17
เครื่องมือในการเก็บข้อมูล	17
ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล	17
การวิเคราะห์ข้อมูล	18
บทที่ 3 ผลการศึกษา	19
ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ	19
ส่วนที่ 1 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข	23
1.1 ความคิดเห็นของหัวหน้าคลินิก ANC	23
1.2 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในคลินิก ANC	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ส่วนที่ 2 ผลผลิตโครงการด้านผู้ให้บริการ	42
2.1 ความพึงพอใจต่อระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ของหัวหน้าคลินิก ANC	42
2.2 ความพึงพอใจต่อระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ของผู้ปฏิบัติงาน	51
2.3 เปรียบเทียบทัศนคติต่อระบบ ANC แนวใหม่ของหัวหน้าคลินิก และผู้ปฏิบัติงาน ระหว่างการประเมินผลครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2	55
ส่วนที่ 3 ผลผลิตโครงการด้านผู้รับบริการ	58
3.1 ความครบถ้วนของบริการที่ได้รับ	58
3.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	61
3.3 ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ	62
ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์โครงการ	71
4.1 ผลลัพธ์ด้านเด็ก	71
4.2 ผลลัพธ์ด้านมารดา	71
4.3 เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการคลอดและการฝากครรภ์	72
4.4 ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฝากครรภ์	72
ส่วนที่ 5 ข้อมูลจากศูนย์อนามัย	77
5.1 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานระบบ ANC แนวใหม่	77
5.2 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ	80
5.3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ให้บริการในการขยายผล	81
5.4 ข้อมูลจากผู้รับบริการ	84
ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะในการขยายผลโครงการระบบ ANC แนวใหม่	91
6.1 ข้อเสนอแนะของหัวหน้าคลินิก ANC	91
6.2 ข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงาน	103
บทที่ 4 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	109
อภิปรายผล	109
ข้อเสนอแนะ	112
เอกสารอ้างอิง	115
ภาคผนวก	117

สารบัญตาราง

	หน้า
บทที่ 1	
ตารางที่ 1.1 กิจกรรมที่ให้บริการในคลินิก ANC และผลที่คาดว่าจะได้รับ	8
ตารางที่ 1.2 กิจกรรมที่พิสูจน์แล้วว่ามิประโยชน์ต่อผู้ตั้งครรภ์ และการนำไปใช้	8
บทที่ 3	
ตารางที่ 3.1 ข้อมูลทั่วไปของหัวหน้าคลินิก ANC	20
ตารางที่ 3.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานในคลินิก ANC แยกรายจังหวัดและภาพรวม	22
ส่วนที่ 1 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข	
ส่วนที่ 2 ผลผลิตโครงการด้านผู้ให้บริการ	
ตารางที่ 3.3 เปรียบเทียบทัศนคติต่อระบบ ANC แนวใหม่ ของหัวหน้าคลินิก และผู้ปฏิบัติงาน ระหว่างการประเมินผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดย Chi-Square Test	57
ส่วนที่ 3 ผลผลิตโครงการด้านผู้รับบริการ	
ตารางที่ 3.4 จำนวนและร้อยละของผู้ตั้งครรภ์ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลที่มาฝากครรภ์	62
ตารางที่ 3.5 ร้อยละของผู้ตั้งครรภ์ จำแนกตามลักษณะทั่วไปและประเภทโรงพยาบาล ที่มาฝากครรภ์	63
ตารางที่ 3.6 ร้อยละของผู้ตั้งครรภ์ จำแนกตามประวัติการตั้งครรภ์ที่ผ่านมาของผู้ตั้งครรภ์ และประเภทของโรงพยาบาลที่มาฝากครรภ์ (เฉพาะครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป)	65
ตารางที่ 3.7 ร้อยละของผู้ตั้งครรภ์ จำแนกตามประเมินความเสี่ยงและประเภทโรงพยาบาล ที่มาฝากครรภ์ เปรียบเทียบการประเมินผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดย Z Test	65
ตารางที่ 3.8 ร้อยละของผู้ตั้งครรภ์ จำแนกตามบริการที่ควรได้รับตามอายุครรภ์ และประเภทโรงพยาบาลที่มาฝากครรภ์	66
ตารางที่ 3.9 ร้อยละของผู้ตั้งครรภ์ได้รับความครบถ้วนในบริการ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลที่มาฝากครรภ์	67
ตารางที่ 3.10 ร้อยละของผู้ตั้งครรภ์มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลที่มาฝากครรภ์	68
ตารางที่ 3.11 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับความพึงพอใจต่อบริการ ANC แนวใหม่ โดยรวมจากการประเมินผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดย Z Test	69
ตารางที่ 3.12 ข้อเสนอแนะโดยภาพรวมของผู้รับบริการ	70

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์โครงการ

ตารางที่ 3.13 ผลลัพธ์ด้านเด็ก เปรียบเทียบช่วงก่อนเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2548 -2550) และช่วงหลังเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2551 -2552)	73
ตารางที่ 3.14 ผลลัพธ์ด้านมารดา เปรียบเทียบช่วงก่อนเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2548 -2550) และช่วงหลังเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2551 -2552)	74
ตารางที่ 3.15 จำนวนเรื่องร้องเรียน เปรียบเทียบช่วงก่อนเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2548 -2550) และช่วงหลังเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2551 -2552)	75
ตารางที่ 3.16 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ของผู้มาคลอด ช่วงหลังเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2551 -2552)	76

ส่วนที่ 5 ข้อมูลจากศูนย์อนามัย

ตารางที่ 5.1 จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามลักษณะทั่วไป	86
ตารางที่ 5.2 จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามกิจกรรมที่ได้รับเมื่อมาฝากครรภ์	87
ตารางที่ 5.3 จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ	89
ตารางที่ 5.4 จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามประเด็นเสนอแนะ	90

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการ	2
ภาพที่ 2 รูปแบบการดำเนินงานระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ขององค์การอนามัยโลก	4

กล่องสรุป

	หน้า
กล่องสรุปที่ 1 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข	40
กล่องสรุปที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ	55
กล่องสรุปที่ 3 ข้อเสนอแนะในการขยายผลโครงการของหัวหน้าคลินิก ANC	102
กล่องสรุปที่ 4 ข้อเสนอแนะในการขยายผลโครงการของผู้ปฏิบัติงานคลินิก ANC	108

สารบัญภาคผนวก

	หน้า
ภาคผนวก 1 Classifying Form (เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์)	118
ภาคผนวก 2 Checklist การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ (Basic Component)	119
ภาคผนวก 3 ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน จากการประเมินผลครั้งที่ 1	120
ภาคผนวก 4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ จากการประเมินผลครั้งที่ 1	121
ภาคผนวก 5 ข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการ จากการประเมินผลครั้งที่ 1	122
ภาคผนวก 6 ตารางแสดงร้อยละผู้ตั้งครรภ์ จำแนกตามบริการที่ควรได้รับตามอายุครรภ์ จากการประเมินผลครั้งที่ 1	123
ภาคผนวก 7 ตารางแสดงร้อยละผู้ตั้งครรภ์ จำแนกตามความพึงพอใจต่อบริการที่ควรได้รับ จากการประเมินผลครั้งที่ 1	125
ภาคผนวก 8 ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ จากการประเมินผลครั้งที่ 1	126

คำย่อ

ANC	Antenatal care	การดูแลครรภ์
BA	Birth asphyxia	ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด
CUP	Contracting Unit for Primary Care	หน่วยบริการคู่สัญญา
ER	Emergency room	ห้องตรวจฉุกเฉิน
GA	Gestational age	อายุครรภ์
LAB	Laboratory	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
LBW	Low birth weight	น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม
NST	Non Stress Test	
OPD	Out-patient Department	แผนกผู้ป่วยนอก
PCU	Primary care unit	หน่วยดูแลสุขภาพปฐมภูมิ
PV	Pelvic examination	การตรวจภายใน
U/A	Urine analysis	การตรวจปัสสาวะ
U/S	Ultrasound	การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง
WHO	World Health Organization	องค์การอนามัยโลก
รพช.		โรงพยาบาลชุมชน
รพท.		โรงพยาบาลทั่วไป
รพศ.		โรงพยาบาลศูนย์
สปสช.		สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สอ.		สถานีอนามัย

บทสรุป

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกับ 5 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ เชียงราย ลพบุรี มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช ดำเนินโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก โดยได้เริ่มปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2551 เป็นต้นมา หลังจากผู้เกี่ยวข้องในการให้บริการคลินิก ANC ได้รับการชี้แจงรายละเอียดจากวิทยากรที่ปรึกษาของโครงการ ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2551 โดยมีวัตถุประสงค์การประเมินโครงการ คือ

1. ประเมินประสิทธิผลระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลกตามตัวชี้วัด Outcome และ Output ที่ระบุไว้ในโครงการ
2. ประเมินความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน โดยประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน และแนวทางแก้ไข

ทั้งนี้ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย ภาวะการขาดออกซิเจนในขณะคลอด การตายของทารกปริกำเนิด ภาวะโลหิตจางของผู้ตั้งครรภ์ การตายของมารดา และจำนวนเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลครรภ์ คลอด และหลังคลอด ตัวชี้วัดด้านผลผลิต (Output) ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความครบถ้วนของบริการดูแลครรภ์ที่ได้รับ และจำนวนครั้งเฉลี่ยที่มาฝากครรภ์ และประเมินปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งสอบถามข้อคิดเห็นในการขยายโครงการต่อไป

การประเมินผลโครงการครั้งนี้ เป็นครั้งที่ 2 ห่างจากการประเมินครั้งแรก ประมาณ 6 เดือน ดำเนินการในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2552 โดยมีรูปแบบการศึกษา คือ การสำรวจและการศึกษาเชิงคุณภาพ สอบถามข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในกรอบแนวคิดการดำเนินโครงการ ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ฯ จากผู้ให้บริการและผู้รับบริการคลินิกฝากครรภ์ใน 5 จังหวัดนำร่องที่สุ่มตัวอย่างไว้ จำนวน 34 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 6 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ (90-150 เตียง) จำนวน 12 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก (10-60 เตียง) จำนวน 16 แห่ง และศูนย์อนามัยของกรมอนามัย จำนวน 2 แห่ง (จังหวัดนครสวรรค์และจังหวัดราชบุรี) ประกอบด้วย

- 1) การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการและความครบถ้วนของบริการฝากครรภ์ที่พึงได้รับตามช่วงอายุครรภ์ โดยใช้แบบสอบถาม
- 2) การสนทนากลุ่มกับผู้ปฏิบัติงานคลินิกฝากครรภ์ในวันที่เก็บข้อมูลทุกคน
- 3) การสัมภาษณ์เชิงลึกกับหัวหน้าคลินิกฝากครรภ์
- 4) การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ใน 5 จังหวัดนำร่อง จากข้อมูลที่จัดเก็บในระบบปกติของจังหวัด

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ได้วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละประเด็น จากการประเมินผลครั้งแรก และการประเมินผลครั้งที่ 2 ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงปริมาณด้าน Outcome เปรียบเทียบความแตกต่างช่วงก่อนเริ่มโครงการ (ปี พ.ศ. 2548–2550) และหลังดำเนินโครงการ (ปี พ.ศ. 2551–2552) โดยสถิติ Mann-Whitney Test และข้อมูลเชิงปริมาณด้านผู้รับบริการในเรื่องความพึงพอใจต่อการบริการ และความครบถ้วนของบริการฝากครรภ์ที่ได้รับ เปรียบเทียบความแตกต่างจากการประเมินผลครั้งแรก และการประเมินผลครั้งที่ 2 โดยสถิติ Z Test ด้านข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นที่กำหนด เปรียบเทียบทัศนคติต่อระบบ ANC แนวใหม่ของหัวหน้าคลินิกและผู้ปฏิบัติงานระหว่างการประเมินผลครั้งที่ 1 และ 2 โดย Chi-Square Test

ผลการศึกษารูปได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ก. ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่

1. ปัญหาด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ขาดความมั่นใจในการตรวจภายใน ความสับสนหรือไม่เข้าใจในระบบบริการ ANC แนวใหม่ อัตราค่าลงไม่เพียงพอ ขาดแคลนบุคลากร และแพทย์ ทัศนคติของแพทย์เกี่ยวกับการให้บริการ ความไม่เข้าใจในแบบฟอร์มประเมินความเสี่ยงความร่วมมือระหว่างทีมงาน ภาระงานเพิ่มขึ้น
2. ปัญหาด้านผู้รับบริการ ประกอบด้วย ความวิตกกังวลของผู้รับบริการ และไม่ต้องการตรวจภายใน ความหลากหลายของเชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความคับคั่งของผู้รับบริการ ผู้รับบริการเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ผู้รับบริการไม่มารับบริการ ผู้รับบริการรอคอยนาน
3. ปัญหาด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ประกอบด้วย ไม่ได้รับการสนับสนุนหรือขาดแคลนเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ และสื่อต่างๆ ภาระค่าใช้จ่ายด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น
4. ปัญหาด้านระบบบริหารจัดการ งบประมาณ เอกสาร การสนับสนุน ประกอบด้วย ยังไม่ได้ดำเนินการตรวจภายใน การนัดตามช่วงอายุของ ANC แนวใหม่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน 4 ครั้งคุณภาพของกรมอนามัย การพัฒนาทีมงานให้บริการ ANC แนวใหม่ยังไม่ชัดเจน ปัญหาเกี่ยวกับระบบการลงข้อมูล ไม่มีแบบฟอร์มสำหรับการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และขาดที่ปรึกษา
5. ปัญหาด้านสถานที่ ประกอบด้วย สถานที่ให้บริการคับแคบ และไม่สามารถขยายได้ ห้องตรวจครรภ์อากาศค่อนข้างร้อน อบอุ่น ห้องตรวจครรภ์และห้องตรวจภายในยังไม่เป็นสัดส่วน ค่อนข้างคับแคบ ขาดสถานที่สำหรับการจัดโรงเรียนพ่อแม่โดยตรง

สรุป ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ANC แนวใหม่ เปรียบเทียบการประเมินผลครั้งแรก และครั้งที่ 2 พบว่า ปัญหาแต่ละด้านยังคงมีอยู่แต่ลดขนาดลง เนื่องจากได้ดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเมื่อได้ดำเนินการไประยะเวลาหนึ่งแล้ว ผู้ให้บริการเกิดความคุ้นเคยต่อระบบ ANC แนวใหม่ ทำให้การทำงานคล่องตัวขึ้น นอกจากนั้น การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ได้รับครบถ้วนมากขึ้น

ปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจต่อระบบ ANC แนวใหม่ ของผู้ให้บริการได้รับการแก้ไขโดย จังหวัดจัดประชุมปรึกษาหารือบ่อยครั้งขึ้น รวมทั้งการจัดประชุมโดยกรมอนามัย หลังการติดตาม ประเมินผลครั้งที่ 1 ทำให้ผู้ให้บริการได้รับคำชี้แจงข้อสงสัยได้ชัดเจนขึ้นจากวิทยากรหลักของ โครงการ แต่ปัญหาด้านความคิดเห็นที่แตกต่างกันของแพทย์เกี่ยวกับระบบ ANC แนวใหม่ ยังคงมีอยู่

ปัญหาด้านผู้รับบริการเกี่ยวกับความวิตกกังวลเรื่องระยะการนัด การตรวจภายในได้รับการ แก้ไขโดยการสื่อสารให้เข้าใจ และให้ความยืดหยุ่นตามความต้องการของผู้รับบริการ

ปัญหาด้านวัสดุอุปกรณ์คล้อยคลางลง เนื่องจากการสนับสนุนมากขึ้น แต่ปัญหาด้านสถานที่ ยังคงมีอยู่หลายแห่ง แต่กำลังอยู่ในขั้นตอนขยับขยายให้สะดวกขึ้น

ปัญหาที่ระบุเพิ่มเติม คือ การบริหารจัดการ ผู้ให้บริการต้องการมีที่ปรึกษาในกรณีที่มีข้อสงสัย รวมทั้งการบูรณาการระบบ ANC แนวใหม่ ในการดำเนินงานปกติต่อไป เพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

ข. ความครบถ้วนของบริการที่ได้รับ

การติดตามประเมินผลโครงการ ครั้งที่ 2 ได้สัมภาษณ์ผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลครรภ์ตาม ระบบการดูแลครรภ์แนวใหม่ จำนวน 180 คน จากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 41 คน โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ จำนวน 63 คน โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก จำนวน 76 คน พบว่า

- ร้อยละ 98.3 ได้รับการประเมินความเสี่ยงตาม Classifying form เมื่อเปรียบเทียบการ ดำเนินการครั้งแรก และครั้งที่ 2 พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ใน รพท./ รพศ. และภาพรวม
- ร้อยละ 65 มีการถามประวัติส่วนตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ตั้งครรภ์ กลุ่มที่ไม่ได้ ถามในการตรวจครั้งนี้ให้ข้อมูลว่า ถามแล้วในการฝากครรภ์ครั้งแรก
- ร้อยละ 94.4 จะถามเกี่ยวกับประวัติทางสูติกรรม
- ร้อยละ 82.8 ของผู้มาฝากครรภ์ได้รับการซักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยช่วงที่ผ่านมา
- ผู้มาฝากครรภ์ทุกรายได้รับการชั่งน้ำหนัก
- เกือบทุกคนได้รับการวัดความดันโลหิต ตรวจหน้าท้อง การฟังเสียงหายใจทารกในครรภ์ และการตรวจหาครรภ์แฝด และตรวจท่าทารก ดูส่วนน้ำ แต่การตรวจร่างกายระบบอื่น มักจะทำครั้งแรก ครั้งที่สองๆ มามากไม่ได้ทำ
- ร้อยละ 69.8 ได้รับการตรวจภายใน

- ร้อยละ 98.3 ได้รับการตรวจปัสสาวะ
- ทุกรายมีผลการตรวจซีพีอีส หมู่เลือด และความเข้มข้นของเลือด การคัดกรองธาลัสซีเมีย
- ร้อยละ 95.3 ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์
- ทุกรายได้รับการแจ้งกำหนดคลอด
- ร้อยละ 95 ขึ้นไป ได้รับข้อมูลในเรื่องการนัดครั้งต่อไป คำแนะนำต่างๆ และได้บันทึกลงสมุดบันทึกสุขภาพฯ
- ร้อยละ 93.3 ได้รับยาบำรุงที่มีไอโอดีน ร้อยละ 99.4 ได้เคลเซียมเสริม

เมื่อเปรียบเทียบ ความครบถ้วนในบริการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการ ในด้านการชักประวัติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจัดให้มีการดูแลรักษาและการได้รับบริการทุกอย่างโดยรวม พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของความครบถ้วนของบริการที่ผู้หญิงตั้งครรภ์ จากการประเมินผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยครั้งที่ 2 ผู้ตั้งครรภ์ได้รับบริการครบถ้วนในสัดส่วนที่สูงกว่า ส่วนความครบถ้วนที่ผู้หญิงตั้งครรภ์ได้รับในด้านการตรวจร่างกาย ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความครบถ้วนที่ผู้หญิงตั้งครรภ์ได้รับในด้านการตรวจร่างกายในการประเมินครั้งที่ 2 สูงกว่าครั้งที่ 1 เพียงเล็กน้อย

ค. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการทั้งหัวหน้าคลินิกและผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 94.1 มีทัศนคติเห็นด้วยกับระบบดูแลครรภ์แนวใหม่ เพิ่มจากเดิมที่มีอยู่ร้อยละ 54.3 และครั้งนี้ไม่มีผู้ใดไม่เห็นด้วย โดยให้เหตุผลดังนี้

- สามารถให้การดูแลผู้รับบริการได้ครอบคลุม ละเอียดย และมีคุณภาพมากขึ้น ผู้รับบริการได้รับการบริการที่เป็นมาตรฐาน
- ลดภาระงานในแต่ละวันลง
- ผู้บริหารให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่
- การประสานงานระหว่างทีม ANC กับทีมงานอื่นๆ ในโรงพยาบาลค่อนข้างดี
- ได้พัฒนาตัวเอง ได้เรียนรู้นวัตกรรม และความรู้ใหม่ๆ
- เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจ เข้าใจในการทำงาน และระบบบริการมากขึ้น
- ลดจำนวนครั้งของการมารับบริการของผู้รับบริการ
- ผู้รับบริการมีความสนใจ และเอาใจใส่ในการดูแลตนเองได้มากขึ้น
- โรงพยาบาลมีความพร้อมในเรื่องเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

ง. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การติดตามประเมินผลโครงการ ครั้งที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจต่อบริการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับเมื่อมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลระดับมาก อย่างน้อยร้อยละ 70 คือ การซั้่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และวัดความสูง การตรวจปัสสาวะ การตรวจเลือด การตรวจครรภ์ การตรวจภายใน การฉีควัคซีน การตรวจอัลตราซาวด์ และค่าบริการที่ต้องจ่าย พึ่งพอใจระดับมากที่สุดที่ร้อยละ 60 – 70 คือ การให้คำแนะนำเฉพาะเรื่อง การประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์แนวใหม่ เวลาที่เจ้าหน้าที่สอบถามพูดคุย การซักประวัติ การฉีควัคซีน ความสามารถของผู้ให้บริการ และการตรวจภายใน และร้อยละ 62.6 มีความพึงพอใจโดยรวมต่อการให้บริการแนวใหม่ในระดับมาก

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อบริการ ANC แนวใหม่โดยรวม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของผู้มารับบริการฝากครรภ์ในทุกโรงพยาบาล

จ. ผลลัพธ์ด้านเด็ก

ผลลัพธ์ด้านเด็ก ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด และการตายปริกำเนิด เปรียบเทียบกันระหว่างช่วงก่อนเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2548 2549 และ 2550) กับช่วงหลังเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2551 และ 2552) พบว่า อัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยในทุกจังหวัด ปี 2552 มากกว่าร้อยละ 7 ซึ่งเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ในโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบช่วงก่อนและหลังเริ่มโครงการ พบว่า อัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัตราทารกขาดออกซิเจนขณะคลอดที่ 1 นาทีที่เช่นเดียวกัน เกือบทั้งหมดต่ำกว่า 30 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ส่วนอัตราทารกขาดออกซิเจนขณะคลอดที่ 5 นาที ทุกจังหวัดทั้ง 5 ปี ต่ำกว่า 30 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบช่วงก่อนและหลังเริ่มโครงการ พบว่า อัตราทารกขาดออกซิเจนขณะคลอดที่ 1 นาที และที่ 5 นาที ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การตายปริกำเนิด เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบช่วงก่อนและหลังเริ่มโครงการพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ฉ. ผลลัพธ์ด้านมารดา

ผลลัพธ์ด้านมารดา ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราส่วนมารดาตาย ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่อมาฝากครรภ์ที่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ เปรียบเทียบช่วงก่อนเริ่มโครงการและช่วงหลังโครงการ ยกเว้นภาวะโลหิตจางในช่วงอายุครรภ์ที่ 32 สัปดาห์ ไม่มีข้อมูลในช่วงก่อนเริ่มโครงการ เนื่องจากไม่มีข้อกำหนดให้ตรวจเป็นปกติทุกรายมาก่อน

อัตราส่วนมารดาตาย พบว่า จังหวัดลพบุรีไม่มีมารดาตายในช่วงปี 2551 และ 2552 จังหวัดมหาสารคามไม่มีมารดาตาย ตั้งแต่ปี 2549 ถึง 2552 ดังนั้น ใน 2 จังหวัดนี้จึงไม่สามารถทดสอบค่าสถิติความแตกต่างช่วงก่อนเริ่มโครงการและช่วงหลังโครงการได้ ส่วนอีก 3 จังหวัด อัตราส่วนมารดาตายไม่แตกต่างกันในช่วงก่อนเริ่มโครงการและช่วงหลังโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ส่วนใหญ่เกินร้อยละ 10 ซึ่งเป้าหมายงานอนามัยแม่และเด็กกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ในช่วงก่อนเริ่มโครงการและช่วงหลังโครงการไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ที่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ พบว่า เกินร้อยละ 10 ที่จังหวัดลพบุรี และนครศรีธรรมราช ทั้ง 2 ปี และจังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2552

ข. เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการคลอดและการฝากครรภ์

เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการคลอดและการฝากครรภ์ ในทุกจังหวัดส่วนใหญ่เป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการคลอด ส่วนเรื่องร้องเรียนขณะตั้งครรภ์ มักเป็นเรื่องเด็กไม่ดิ้น และมีผลต่อทารกตายในครรภ์ จังหวัดลพบุรีไม่มีเรื่องร้องเรียนขณะตั้งครรภ์ ตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ส่วนจังหวัดอื่นๆ มีเรื่องร้องเรียนขณะตั้งครรภ์ 1-2 ราย จากทารกตายในครรภ์ ซึ่งแนวโน้มมิได้เพิ่มขึ้น

ข. ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฝากครรภ์

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฝากครรภ์ ได้แก่ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ และค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ของผู้มาคลอดทั้งหมด ซึ่งข้อมูล 2 ส่วนนี้มีเฉพาะหลังเริ่มโครงการ พบว่า ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ พบประมาณร้อยละ 30 ถึงร้อยละ 50 สำหรับค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ของผู้มาคลอดทั้งหมด มีข้อมูลเฉพาะปี 2552 พบว่า ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดที่จังหวัดลพบุรี 4.1 ครั้ง และจังหวัดกาฬสินธุ์ 4.6 ครั้ง มากที่สุดที่จังหวัดมหาสารคาม 10.7 ครั้ง

ณ. ข้อเสนอแนะในการขยายผลโครงการ ของผู้ให้บริการ

1) ข้อเสนอแนะด้านผู้ให้บริการ

- ปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย
- สนับสนุนอัตราค่าจ้างให้เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ และภาระงานที่กำหนดไว้
- สร้างความเข้าใจให้กับทีมงาน ANC แนวใหม่

2) ข้อเสนอแนะด้านผู้รับบริการ

- ชี้แจงและสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้รับบริการเบื้องต้น

3) ข้อเสนอแนะด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

- สนับสนุนเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ ให้ครบถ้วน
- สนับสนุนสื่อ เอกสารความรู้สำหรับให้ลูกศึกษาแก่พ่อแม่ สื่อประเภทซีดี
- จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน ANC แนวใหม่อย่างชัดเจนและครอบคลุมทุกด้าน
- สนับสนุนสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่เป็นมาตรฐาน ANC แนวใหม่

4) ข้อเสนอแนะด้านระบบบริหารจัดการ งบประมาณ เอกสาร การสนับสนุน

- อธิบายเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง (Classifying Form) จำนวน 18 ข้อโดยละเอียด
- จัดเกณฑ์การนัด 5 ครั้งของ ANC แนวใหม่ ให้สอดคล้องกับ 4 ครั้งของ ANC คุณภาพ
- กำหนดระบบบริการ ANC แนวใหม่ เป็นนโยบายของประเทศอย่างชัดเจน
- บูรณาการงาน ANC แนวเดิม และ ANC แนวใหม่เข้าด้วยกัน
- ปรับช่วงอายุครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่จะมารับบริการ
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำงาน
- พัฒนาระบบฐานข้อมูล

5) ข้อเสนอแนะด้านสถานที่

- สถานที่ให้บริการควรเป็นสัดส่วน โดยไม่ปะปนกับคลินิกผู้ป่วยทั่วไป

6) ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- เตรียมความพร้อมสถานีนอนมัย
- เตรียมระบบดูแลและสนับสนุนภาคีเครือข่ายการทำงานให้เชื่อมโยงกัน
- สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการทำงานในพื้นที่
- บรรจุบริการ ANC แนวใหม่ในหลักสูตรการเรียนการสอนของพยาบาลและแพทย์
- ควรมีการติดตามหรือนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง

บทคัดย่อ

ความเป็นมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ลพบุรี มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช ดำเนินโครงการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2551

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโครงการ ได้แก่ ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด การตายของทารกปริกำเนิด ภาวะโลหิตจางของผู้ตั้งครรภ์ การตายของมารดา จำนวนเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลครรภ์ ประเมินผลผลิตของโครงการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ความครบถ้วนของบริการดูแลครรภ์ที่ได้รับ และจำนวนครั้งเฉลี่ยที่มาฝากครรภ์ และประเมินปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

วิธีการ การประเมินผล แบ่งออกเป็น 2 ครั้ง ครั้งแรกช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2552 และครั้งที่ 2 ช่วงเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน 2552 ในโรงพยาบาลที่สุ่มตัวอย่าง 34 แห่ง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับหัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และความพึงพอใจต่อระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความครบถ้วนบริการที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ส่วนข้อมูลผลลัพธ์ของโครงการได้จากแบบรายงานที่จังหวัดจัดเก็บไว้ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยใช้สถิติ Mann-Whitney Test, Z-Test และ Chi Square Test

ผลการศึกษา ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงานระบบ ANC แนวใหม่ที่ยังคงมีอยู่ คือ ด้านผู้ให้บริการ เกี่ยวกับอัตรากำลังไม่เพียงพอ และทัศนคติของแพทย์เกี่ยวกับระบบ ANC แนวใหม่ การประเมินครั้งที่ 2 ผู้ให้บริการมีทัศนคติเชิงบวกต่อระบบ ANC แนวใหม่เพิ่มขึ้นจากครั้งแรก คือ จากร้อยละ 54.3 เป็นร้อยละ 94.1 และไม่มีผู้ที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วย ความครบถ้วนของบริการที่ผู้รับบริการได้รับในเกือบทุกเรื่อง มีสัดส่วนที่สูงขึ้นจากการประเมินครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ยกเว้นด้านการตรวจร่างกาย) แต่ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลลัพธ์ด้านเด็กและด้านมารดา ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างช่วงก่อนเริ่มโครงการ (ปี พ.ศ. 2548-2550) และช่วงหลังเริ่มโครงการ (ปี พ.ศ. 2551-2552) เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการฝากครรภ์ไม่เพิ่มขึ้นแต่อย่างใด

สรุป การดำเนินงานระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ไม่ได้ทำให้ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์แตกต่างจากเดิม ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ความครบถ้วนของบริการเพิ่มขึ้น ปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่คลี่คลายลง แต่ด้านผู้ให้บริการยังต้องติดตามแก้ไขต่อไป

ABSTRACT

Background: Department of Health cooperating with five Province Health Offices (Chaingrai, Lopburi, Mahasarakham, Kalasin, and Nakhonsrithammarat), has launched the action research on the new system of antenatal care based on WHO guideline project since August 2008.

Objectives: To evaluate outcomes of the project: low birth weight, birth asphyxia, perinatal mortality, anemia in pregnancy, maternal death, and complaint of antenatal care services; to evaluate outputs of the project: provider's satisfaction, client's satisfaction, completeness of ANC service, and average visits of ANC; and to assess problem and obstacles in providing services.

Methods: The evaluation process was conducted two rounds: the first during February to March 2009 and the second during September to November 2009, in 34 sample hospitals. Data were collected by in-depth interview with heads of ANC clinics, focus-group discussion with providers of ANC clinics, and interview with pregnant women regarding their satisfaction to the services and the completeness of ANC received. The outcome information was collected from an existing reporting system. The data were analyzed and compared between the first and the second round of the evaluation by using Mann-Whitney test, Z-test and Chi-Square test.

Results: An important existing obstacle in conducting the project was provider aspects: lack of personnel and negative attitude of medical doctors on a new system of ANC. Providers at ANC clinics had significantly higher proportion in positive attitude on a new system of ANC in Round Two compared with Round One (94.1% vs. 54.3%). In Round Two, nobody had negative attitude. The proportions of completeness of nearly all aspects of ANC services were significantly higher than Round One, but there was no significant difference in client satisfaction of ANC between Round One and Round Two. Child and mother outcomes were not significantly different between before and after launching the project (2005-2007 vs. 2008-2009). The complaints of ANC services also did not increase.

Conclusion: A new system of ANC does not make difference in outcomes of pregnancy from the traditional system. Provider's satisfaction is increasing. The proportions of completeness of ANC are increasing. Most obstacles are reduced except provider aspect that needs more improvement.

บทที่ 1

ความเป็นมา

● ความนำ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกับ 5 จังหวัด ได้แก่ นครศรีธรรมราช ลพบุรี มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และเชียงราย ดำเนินโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก โดยได้เริ่มปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2551 เป็นต้นมา หลังจากผู้เกี่ยวข้องในการให้บริการคลินิก ANC ได้รับการชี้แจงรายละเอียด จากวิทยากรที่ปรึกษาของโครงการในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2551 (ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ, 2552)

ระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก มีหลักการที่สำคัญ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกทุกคน จะได้รับการประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ 18 ข้อ ตามแบบ Classifying form (เอกสารภาคผนวก 1) ซึ่งได้ผ่านการศึกษาวิจัยมาแล้ว เพื่อจัดกลุ่มภาวะเสี่ยง และหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง จัดเป็นผู้ตั้งครรภ์ประเภท Low risk pregnancy หากมีความเสี่ยงแม้แต่ข้อใดข้อหนึ่ง จะจัดเป็นผู้ตั้งครรภ์ประเภท High risk pregnancy องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำว่า ผู้ตั้งครรภ์ประเภท Low risk pregnancy สามารถนัดหมายดูแลครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง ได้ตามช่วงอายุครรภ์ที่เหมาะสม และพึงได้รับการที่พิสูจน์แล้วว่า เป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ ในแต่ละช่วงอายุครรภ์ดังกล่าว โดยช่วงอายุครรภ์ที่พื้งนั้คหมาขมาดูแลครรภ์ คือ ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์ ทั้งนี้ จากการศึกษาติดตามของ WHO พบว่า ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ไม่มีความแตกต่างกับการดูแลครรภ์ระบบเดิมที่ได้ทำกันมาช้านาน (ภิเศก ลุมพิกานนท์ และคณะ 2551)

ส่วนผู้ตั้งครรภ์ประเภท High risk pregnancy ต้องได้รับการดูแลครรภ์อย่างใกล้ชิด ตามลักษณะ ความเสี่ยงที่พบ และพึงได้รับการบริการทุกอย่างที่พิสูจน์แล้วว่า เป็นประโยชน์ต่อการตั้งครรภ์ เช่นเดียวกันกับที่จัดให้หญิงตั้งครรภ์ประเภท Low risk pregnancy

บริการที่พึงได้รับตามสำหรับผู้ตั้งครรภ์ ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก ซึ่งเพิ่มเติมจากระบบดูแลครรภ์เดิม ได้แก่ การตรวจปัสสาวะด้วย Multiple dipstick เพื่อค้นหา Asymptomatic Bacteriuria เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก การตรวจภายในช่วงอายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ เพื่อค้นหา คัดกรองเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความผิดปกติอื่นๆ และการตรวจหาภาวะโลหิตจางใน หญิงตั้งครรภ์ 2 ครั้ง เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (ภิเศก ลุมพิกานนท์ และคณะ 2551)

สำหรับประเทศไทย ได้เข้าร่วมโครงการวิจัยเชิงทดลองแบบสหสถาบัน (Multicentre randomized controlled trial) ของ WHO เมื่อ พ.ศ. 2539-2541 โดยดำเนินการทดลองในจังหวัดขอนแก่น และดำเนินการต่อเนื่องสู่การปฏิบัติจริงทั้งจังหวัดขอนแก่นในปี พ.ศ. 2546 และในเดือนตุลาคม 2550 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ขยายผลการปฏิบัติจริงไปอีก 5 จังหวัดแต่ละภาคของประเทศไทยให้เป็นจังหวัดนำร่อง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ การบริหารจัดการ และเตรียมความพร้อมที่จะขยายผลไปยังจังหวัดอื่นๆ และหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป จากประสบการณ์การดำเนินงานในจังหวัดขอนแก่น กรมอนามัยจึงได้ปรับองค์ประกอบของระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ฯ ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงเป็น 5 ครั้ง โดยเพิ่มอีก 1 ครั้งเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ แต่ละครั้งของการดูแลมีรายละเอียดตาม Basic component (เอกสารภาคผนวก 2) โดยเสนอแนะการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasound=U/S) เมื่ออายุครรภ์ที่ 20 สัปดาห์ พร้อมเสนอแนะให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับธาตุเหล็ก โฟเลต ไอโอดีน และแคลเซียมที่พอเหมาะตามอายุครรภ์ (ภิกษุ ลุ่มพิกานนท์ และคณะ 2551)

วัตถุประสงค์การประเมินผลโครงการ

1. ประเมินประสิทธิผลระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก ตามตัวชี้วัด Outcome และ Output ที่ระบุไว้ในโครงการ
2. ประเมินความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน โดยประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน และแนวทางแก้ไข

กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการ

PROCESS	OUTPUT	OUTCOME
บริการดูแลครรภ์แนวใหม่ - Classifying form - Checklist ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข	1. จำนวนครั้งเฉลี่ยที่มาฝากครรภ์จนคลอด 2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ 3. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ 4. ความครบถ้วนของบริการดูแลครรภ์ที่ได้รับ	1. Low birth weight 2. Birth asphyxia 3. Perinatal mortality 4. Maternal anemia 5. Maternal mortality 6. จำนวนเรื่องร้องเรียน/ชมเชย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการ

นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

1. Outcomes

- 1.1 Low birth weight (LBW) หรือทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม
- 1.2 Birth Asphyxia หมายถึง ภาวะการขาดออกซิเจนในช่วงคลอด ซึ่งวัดโดยค่า APGAR Score เมื่อ 1 นาที มีค่าเท่ากับหรือต่ำกว่า 7 คะแนน
- 1.3 Perinatal mortality หมายถึง ภาวะการตายของทารกที่เกิดขึ้นในช่วงระยะท้ายของการตั้งครรภ์ (ตายคลอด) และในช่วง 7 วันแรกหลังคลอด โดยสาเหตุใดๆ ก็ตาม
- 1.4 Maternal anemia หมายถึง ภาวะโลหิตจางของผู้ตั้งครรภ์ โดยวัดจากระดับ Hemoglobin น้อยกว่า 11 กรัม เปอร์เซ็นต์ หรือ Hematocrit น้อยกว่า ร้อยละ 33 ในการเจาะเลือด 2 ครั้ง คือ เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์
- 1.5 Maternal mortality หมายถึง การตายของมารดา เนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอด นำเสนอในค่าอัตราส่วนมารดาตาย (ต่อการเกิดมีชีวิตคน)
- 1.6 จำนวนร้องเรียน หมายถึง เรื่องที่ผู้ตั้งครรภ์ หรือญาติของผู้ตั้งครรภ์ร้องเรียนสถานบริการ ซึ่งเป็นคดีที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลครรภ์ คลอด และหลังคลอด

2. Outputs

- 2.1 จำนวนครั้งเฉลี่ยที่มาฝากครรภ์ หมายถึง จำนวนครั้งเฉลี่ยที่มาฝากครรภ์ ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงคลอด รวบรวมข้อมูล เมื่อผู้ตั้งครรภ์มาคลอด และบันทึกสรุปไว้ในทะเบียนคลอด หรือใบย่อคลอดของโรงพยาบาล
- 2.2 ความครบถ้วนของบริการดูแลครรภ์ที่ได้รับ หมายถึง บริการดูแลครรภ์ที่พึงได้ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ตามอายุครรภ์ของผู้ตั้งครรภ์ วัดโดยการสอบถาม ผู้ตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ตาม Checklist ที่กำหนด
- 2.3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ตั้งครรภ์ต่อบริการดูแลครรภ์ แนวใหม่ฯ ที่ได้รับ วัดโดยการสอบถามผู้ตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์เกี่ยวกับบริการต่างๆ ตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น
- 2.4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ ที่ได้ให้การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ เกี่ยวกับบริการต่างๆ ที่ดำเนินงานวัดโดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น

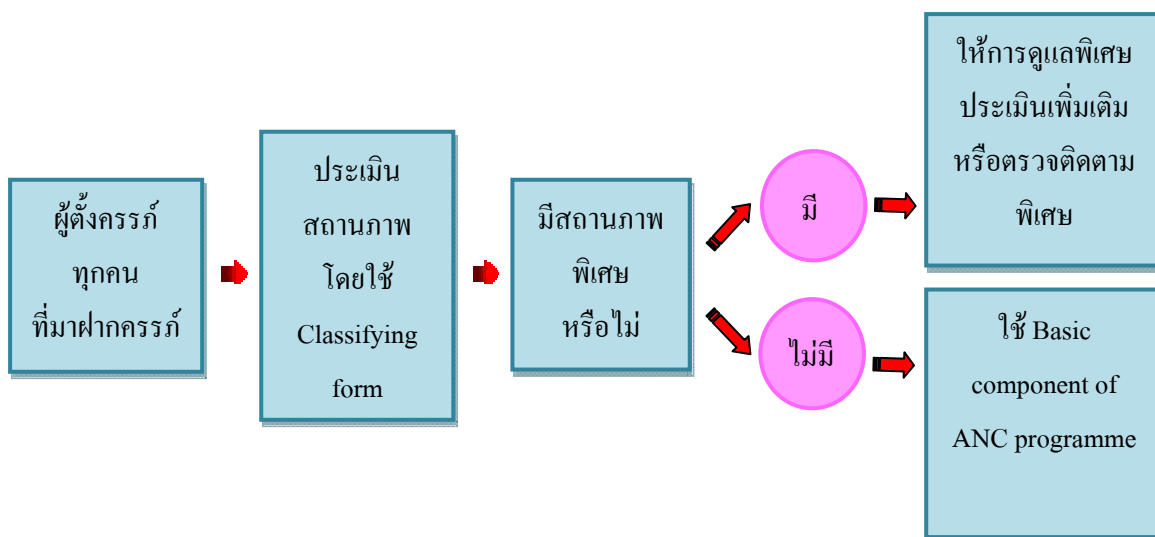
3. ความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน

3.1 ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข หมายถึง ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ที่ผู้ให้บริการรับรู้ และระบุจากการดำเนินงานระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ฯ รวมทั้งแนวทางแก้ไขที่ดำเนินการ เพื่อให้ปัญหาอุปสรรคดังกล่าวบรรเทาลง วัตถุประสงค์โดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. ระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก (ภิเสก ลุมพิกานนท์ และคณะ 2551)

สืบเนื่องจากการตั้งข้อสังเกตถึงประสิทธิผลของรูปแบบการฝากครรภ์ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันว่ามีความจำเป็นสำหรับผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (low risk pregnancy) มากน้อยเพียงใด และเกี่ยวข้องกับคุณภาพการฝากครรภ์ที่ผู้ตั้งครรภ์ควรได้รับในแต่ละครั้ง รวมทั้งการที่ผู้ตั้งครรภ์ไม่สามารถมาตามนัด เสียเวลารอนาน เนื่องจากความคับคั่งของผู้รับบริการ และค่าใช้จ่ายจากการเดินทางมายังสถานบริการ UNDP/UNFPA/WHO และ World Bank จึงได้ทำวิจัยเชิงทดลองแบบสหสถาบัน (Multicentre randomized controlled trial) เมื่อ ค.ศ. 1996 ถึง ค.ศ. 1998 รวมเป็นระยะเวลา 18 เดือน ในคลินิกฝากครรภ์ จำนวน 53 แห่งของ 4 ประเทศ (รวมประเทศไทย) โดยมีรูปแบบการดำเนินงานระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดำเนินงานระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก

Classifying form คือ แบบฟอร์มประเมินความเสี่ยงของผู้ตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ประวัติอดีตด้านอนามัยเจริญพันธุ์ จำนวน 6 ข้อ ประวัติครรภ์ปัจจุบัน จำนวน 7 ข้อ และประวัติทางอายุรกรรม จำนวน 5 ข้อ (เอกสารภาพผนวก 1) ผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติเสี่ยงทั้ง 18 ข้อ จึงจะได้รับการดูแลตามระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ (Basic component of ANC programme) ซึ่งจะนัดหมายการมาดูแลครรภ์ 4 ครั้ง ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์ ในแต่ละครั้งของการตรวจจะกำหนดองค์ประกอบพื้นฐานที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อผู้ตั้งครรภ์ (เอกสารภาพผนวก 2)

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล อัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย ภาวะโลหิตจางรุนแรงหลังคลอด การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการเกิด Eclampsia และการป่วยการตายของมารดาและทารก ไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการดูแลทั้ง 2 ระบบ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับเช่นเดียวกัน และบางคลินิกพบค่าใช้จ่ายลดลง

นอกจากนั้น องค์การอนามัยโลกได้ทบทวนงานวิจัย 7 ฉบับ ที่ศึกษารูปแบบการลดจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ในกรณี Low risk cases ผลการศึกษามิพบความแตกต่างในเรื่อง pre-eclampsia, การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะโลหิตจางรุนแรงหลังคลอด การตายของมารดา อัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย และการตายในระยะปริกำเนิด องค์การอนามัยโลกจึงได้ข้อสรุปว่า ผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยง สามารถให้การดูแลตามระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ได้ โดยผลลัพธ์การตั้งครรภ์ไม่มีความแตกต่างกับระบบเดิม เช่นเดียวกันกับการทบทวนงานวิจัยของ Hill Z และคณะ (2004)

ระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ฯ นี้ นอกจากจำนวนครั้งการฝากครรภ์ที่ลดลงแล้ว จึงได้มีการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบการให้บริการจากที่เคยปฏิบัติ เพื่อให้การดูแล Low risk cases สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ตั้งครรภ์พึงได้รับในแต่ละช่วงอายุครรภ์ กล่าวคือ

- 1) การตรวจภายใน โดย Speculum ในการดูแลครรภ์ครั้งแรก
- 2) การตรวจปัสสาวะ โดยใช้ Multiple dipstick test เพื่อคัดกรองภาวะ Asymptomatic bacteriuria ทำทุกครั้งเมื่อมาฝากครรภ์

ในปี พ.ศ. 2546 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น โดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก ได้จัดอบรมแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์จากโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดขอนแก่น เกี่ยวกับระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ฯ เป็นการขยายผลจากการศึกษาวิจัยสู่การปฏิบัติจริงเป็นครั้งแรกในประเทศไทย

ในเดือนตุลาคม 2550 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการขยายผลการปฏิบัติงานไปยังพื้นที่ 5 จังหวัด ซึ่งเป็นจังหวัดนำร่องในแต่ละภาคของประเทศไทย ได้แก่ เชียงราย ลพบุรี มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช เพื่อเตรียมความพร้อมในการขยายผลทุกจังหวัดของประเทศต่อไป พร้อมทั้งได้ปรับปรุงองค์ประกอบของระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ฯ ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงเป็นจำนวน 5 ครั้ง โดยเพิ่มอีก 1 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับบริการมาดูแลครรภ์อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งกำหนดบริการที่พึงให้ไว้ในแต่ละครั้งที่สามารถบูรณาการกับการดำเนินงานที่ผ่านมา ซึ่งสามารถทำให้ผู้ตั้งครรภ์ได้รับบริการอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีคุณภาพตามกิจกรรมที่พึงได้รับ (ภิเศก ลุมพิกานนท์ และคณะ 2551)

2. การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลครรภ์

การดูแลครรภ์ที่เริ่มดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีมาตั้งแต่ ค.ศ. 1929 ในประเทศสหราชอาณาจักร โดยนัดหมายให้ผู้ตั้งครรภ์มาตรวจครรภ์ประมาณ 15 ครั้ง ซึ่งการนัดหมายดังกล่าวเกิดจากความคิดเห็นของแพทย์ มีได้อิงข้อมูลเชิงประจักษ์ใดๆ เกี่ยวกับความถี่ของการนัดหมาย รวมทั้งอาจเกิดจากความวิตกกังวลว่า การวินิจฉัยโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจะคลาดเคลื่อนไป หากนัดหมายน้อยครั้ง แต่การติดตามผลของการดูแลครรภ์ในประเทศต่างๆ ของทวีปยุโรป พบว่า อัตราตายทารกปริกำเนิดไม่มีความแตกต่างกัน ถึงแม้จะนัดน้อยครั้งกว่า (Chan KL, Kean LH 2004) ซึ่งมีหลายการศึกษารูปแบบ Randomized Control Trial (RCT) ยืนยันถึงผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่แตกต่างกันระหว่างการดูแลครรภ์แบบดั้งเดิม (Traditional ANC) กับ Goal-oriented ANC ซึ่งมีการนัดหมายน้อยครั้งกว่า แต่มีระบบการให้บริการอย่างมีเป้าหมาย (Munjanja SP และคณะ 1996, Lumpiganon P 1998)

นอกจากนั้น Lumpiganon P (1998) ได้ทบทวนให้เห็นว่า การดูแลครรภ์ที่ผ่านมา (Traditional ANC) ซึ่งผู้ตั้งครรภ์ถูกนัดหมายมาหลายครั้งทุกคน โดยไม่ได้แยกกลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อยและความเสี่ยงมากจากการตั้งครรภ์ ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์จึงต้องใช้เวลาเดินทางและรอตรวจนาน ในขณะที่มีเวลาพบผู้ให้บริการเพียงไม่กี่นาที เวลาในการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่จะให้ความรู้และคำแนะนำจึงมีน้อย

หลักการการดูแลครรภ์ที่ดีมีประสิทธิผล จึงไม่ได้อยู่ที่จำนวนครั้งของการนัดหมาย แต่อยู่ที่การให้บริการในกิจกรรมที่พิสูจน์ได้ว่ามีประสิทธิผลต่อผู้รับบริการ จากการทบทวนของ Chan KL และ Kean LH (2004), Kean LH และ Chan KL (2007) ให้ข้อมูล ดังนี้

1) การตั้งครรภ์ร้อยละ 50-80 จะไม่มีความเสี่ยงสูง เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก จึงแนะนำให้มาฝากครรภ์ตั้งแต่นั้นๆ คือ ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ โดยมีหลักว่าผู้ตั้งครรภ์ที่ Low risk ควรได้รับคำแนะนำ ให้ความรู้ และการส่งเสริมให้กำลังใจ รวมทั้งการดูแลรักษาความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่อาจมี รวมทั้งคัดกรอง และค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ จึงต้องมีการซักประวัติอย่างถี่ถ้วน ครอบคลุมปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เพื่อประเมินความเสี่ยงต่างๆ ในครั้งแรกที่มาฝากครรภ์

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นการสร้างความตระหนักเกิดขึ้น และอาจเปลี่ยนพฤติกรรมได้

3) การให้คำแนะนำเรื่องอาหารเป็นสิ่งสำคัญ และควรให้ Folic acid ขนาด 400 ไมโครกรัม ต่อวัน ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จนถึงอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อลดความเสี่ยงของ Neural tube defects ของทารกในครรภ์

4) การตรวจหัวใจหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการ และไม่มีประวัติเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด ทุกครั้งไม่มีความจำเป็น

5) การตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ผลน่าเชื่อถือในการค้นหาก้อนในเต้านมพอๆ กับการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์แจ้งผู้ให้บริการทราบทันที หากพบก้อนในเต้านม

6) ไม่แนะนำให้ในเรื่องการตรวจ Routine Pelvic Examination ทั้งนี้ เนื่องจากร้อยละ 18 ของผู้ตั้งครรภ์กังวลเรื่องการแท้งจากการตรวจภายใน ร้อยละ 55 ไม่ค่อยสะดวกใจที่จะให้ตรวจ และการทำ Cervical smear ยังไม่ใช่เรื่องเร่งด่วน ยกเว้นหากมีความจำเป็น

7) การตรวจท้องในช่วงต้นของการตั้งครรภ์จะยังได้ผลไม่ชัดเจนที่จะค้นหาครรภ์แฝด หรืออายุครรภ์ที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่ผู้ตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจ U/S ในช่วงปลายไตรมาสแรก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมในช่วงต่อมา การวัด Fundus height ควรทำตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์เป็นต้นไป

8) ควรชั่งน้ำหนักและวัดความสูง เพื่อหาค่า BMI ทุกราย และหาก BMI ปกติ และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกินอาหาร ก็ไม่จำเป็นที่จะชั่งน้ำหนักทุกครั้งที่มาฝากครรภ์

9) การวัดความดันโลหิต ควรทำเร็วที่สุด หากพบปัญหาจะได้แก้ไขทันที

10) การตรวจปัสสาวะ เพื่อค้นหา Asymptomatic bacteriuria เป็นสิ่งที่ได้ประโยชน์ เพราะ Acute pyelonephritis เพิ่มความเสี่ยงต่อการสูญเสียการตั้งครรภ์ หรือการคลอดก่อนกำหนด

11) การตรวจเลือด เพื่อคัดกรองโรคติดเชื้อต่างๆ เช่น Rubella Syphilis Hepatitis B HIV และความผิดปกติของฮีโมโกลบิน และความผิดปกติของทารกในครรภ์ เช่น Down Syndrome, Neural tube defect ควรสื่อสารให้ผู้ตั้งครรภ์ได้รับทราบอย่างครบถ้วน

12) การตรวจ U/S เพื่อค้นหาครรภ์แฝด ก้อนในอุ้งเชิงกราน และประเมินอายุครรภ์

เช่นเดียวกับการทบทวนของ Villar J และคณะ (2001) จากการศึกษาต่างๆ สรุปว่ามีกิจกรรมที่ให้บริการ ANC เป็นประจำ แต่ผลที่คาดว่าจะได้รับไม่ได้เป็นไปตามที่คาดไว้ ดังแสดงในตารางที่ 1.1 ดังนี้

ตารางที่ 1.1 กิจกรรมที่ให้บริการในคลินิก ANC และผลที่คาดว่าจะได้รับ

กิจกรรม	ผลที่ต้องการ	ประสิทธิผล
1. การทำ Electronic fetal monitoring เป็นประจำ	ป้องกันการตายปริกำเนิด	จำกัด
2. การทำ U/S เป็นประจำ	ป้องกันการตายปริกำเนิด	จำกัด
3. การตัดฝีเย็บ	ลดการฉีกขาดของช่องคลอด	ไม่ช่วยลด
4. การนัดฝากครรภ์หลายครั้ง	ลด LBW และการป่วยของแม่	จำกัด

นอกจากนั้นยังพบว่า กิจกรรมบางอย่างที่พิสูจน์แล้วว่าไม่มีประสิทธิผลดีต่อผู้ตั้งครรภ์ กลับไม่นำมาใช้อย่างทั่วถึง ดังแสดงในตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 กิจกรรมที่พิสูจน์แล้วว่าไม่มีประโยชน์ต่อผู้ตั้งครรภ์ และการนำไปใช้

กิจกรรม	ผล	การนำไปใช้
1. การให้ Corticosteroid เพื่อลดภาวะการคลอดก่อนกำหนด	ได้ผลดี	จำกัด
2. การให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อรักษา Asymptomatic bacteriuria	ได้ผลดี	จำกัด
3. การผ่าตัดคลอด เพื่อลดการคลอดติดขัด	ได้ผลดี	ไม่มีบริการสำหรับผู้ที่ต้องการ
4. การให้ Magnesium sulfate เพื่อรักษา Eclampsia	ได้ผลดี	จำกัด บางประเทศไม่มีใช้
5. การให้แรงเสริมเชิงสังกะสีลดภาวะคลอด	ได้ผลดี	ทำบ้างไม่ทำบ้าง
6. การทำ External cephalic version (ECV)	ได้ผลดี	ทำบ้างไม่ทำบ้าง

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเกี่ยวกับกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพของการดูแลครรภ์ สิ่งหนึ่งที่ไม่ควรมองข้ามไป คือ ทักษะของผู้รับบริการ มีหลายการศึกษาที่กล่าวถึงประเด็นนี้ เช่น การศึกษาเชิงคุณภาพของประเทศ Zimbabwe ในพื้นที่ที่ได้ทดลองการให้บริการ ANC แนวใหม่ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้หญิง จำนวน 44 คน อายุระหว่าง 19-46 ปี และผู้ชาย จำนวน 24 คน อายุ 24-52 ปี พบว่า ผู้หญิงที่อายุน้อยอยากมาตรวจครรภ์บ่อยๆ เพื่อให้มั่นใจว่า ทารกในครรภ์ปกติดี อยู่ในท่าที่เหมาะสม หรือหากมีภาวะแทรกซ้อนจะได้วินิจฉัยได้เร็วขึ้น แต่ผู้หญิงที่อายุมากกว่า 35 ปี จะไม่กังวลเรื่องจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ เนื่องจากเคยมีประสบการณ์มาก่อน และคิดว่าดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ ความเชื่อขนบธรรมเนียมประเพณีของแต่ละท้องถิ่น ควรนำมาพิจารณาในการ

จัดบริการด้วย เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการเจาะเลือด ความเชื่อเกี่ยวกับการมาฝากครรภ์เมื่อเด็กคลอดแล้ว เป็นต้น (Mathole T และคณะ 2004) เช่นเดียวกับการทบทวนของ Chan KL และ Kean LH (2004) พบว่า ผู้หญิงบางคนจะรู้สึกว่าไม่ได้รับบริการที่ดีพอ หรือไม่ได้รับบริการครบถ้วน หากมาฝากครรภ์น้อยครั้ง

ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วน ควรมีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นและตัดสินใจ ถึงแม้จะยอมรับว่าจำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์ไม่มีผลต่อน้ำหนักแรกเกิดของทารก หากไม่ได้ให้ความรู้ และกระตุ้นการปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการในขณะตั้งครรภ์ หรือภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ แต่ความเคยชินต่อการให้บริการแบบดั้งเดิมมานาน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงยาก (Hall MH. 2001) การยอมรับความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ทุกภาคส่วน จะทำให้ระบบดูแลครรภ์มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีการดูแลที่ต่อเนื่องตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ และเป็นบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายขึ้น (Cooke HM และคณะ 2004)

โดยสรุป ระบบดูแลครรภ์ที่ผ่านมา ได้เริ่มดำเนินการอย่างเป็นระบบมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1929 โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ที่จัดให้แก่ผู้ตั้งครรภ์เกิดจากความคิดเห็นของแพทย์ ซึ่งหลายกิจกรรมได้พิสูจน์ว่าไม่ได้ผลตามที่คาดหวังไว้ และบางกิจกรรมที่พิสูจน์แล้วว่า มีผลดีต่อผู้ตั้งครรภ์ กลับไม่ได้ให้บริการอย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เสนอในระบบดูแลครรภ์ แบบ Goal-oriented ANC นอกจากการคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ตั้งครรภ์จะได้รับอย่างแท้จริงแล้ว ควรเป็นบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ สอดคล้อง และยืดหยุ่นตามสถานการณ์ (Zanconato G และคณะ 2006)

Bernloehr A และคณะ (2005) ทบทวนรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการในคลินิก ANC ของประเทศในสหภาพยุโรป จำนวน 25 ประเทศ โดยการส่งแบบสอบถามไปยังกระทรวงสาธารณสุข และสมาคมสูตินรีแพทย์ และการผดุงครรภ์ของประเทศนั้นๆ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2004 ผลการศึกษาพบว่า มี 20 ประเทศที่มี National Guideline for ANC และมีกิจกรรมทั้งหมด 47 ประเภท ที่ประเทศใดประเทศหนึ่งจัดให้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และเป็นครรภ์เดี่ยว คือ

กิจกรรม	จำนวนประเทศที่ให้บริการ
1. Blood group	20
2. Blood pressure	20
3. Rhesus factor determination	20
4. Maternal weight	19
5. Urinalysis/Bacteria	19

กิจกรรม	จำนวนประเทศที่ให้บริการ
6. Hemoglobin	18
7. Lues (Treponema/Syphilis)	19
8. Urinalysis/Protein	18
9. Auscultation of fetal heart rate	17
10. Fetal position	17
11. Fundal height	17
12. Hepatitis B virus	17
13. Ultrasound, abdominal	17
14. Urinalysis, glucose	17
15. Vaginal examination	16
16. Alpha-feto-protein	14
17. Atypical red cell antibodies	14
18. Formal risk scoring	14
19. Full physical examination	14
20. Body mass index	13
21. HIV	12
22. Rubella titer	12
23. Breast examination	11
24. Gestational diabetes	11
25. Pap smear	11
26. Ultrasound, trans vaginal	11
27. Toxoplasmosis	10
28. Cardio-topography	9
29. Doppler Ultrasound	9
30. Fetal movement count	8
31. Chlamydia trachomatis	7
32. Gonorrhoea	7
33. Hepatitis C virus	7

กิจกรรม	จำนวนประเทศที่ให้บริการ
34. Streptococcus group B	5
35. Hemoglobinopathies	4
36. Placental hormones	3
37. Fetal fibronectin	1
38. Measurement of maternal height	1
39. Measurement of abdominal circumference	1
40. Regular check for edema	1
41. Regular check for varicose veins	1
42. Gynecological examination and vaginal smear before 16 weeks of gestation.	1
43. Hematocrit before 16 weeks of gestation and between 25 and 28 weeks.	1
44. Non-stress test between 36 and 38 weeks and between 38-40 weeks.	1
45. Oxytocin challenges test between 38 and 40 weeks.	1
46. Test for glycaemia between 21 and 25 weeks.	1
47. Test of the vaginal pH at 10, 20, 32, and 37 weeks.	1

โดย Test ที่ 1-3 ให้บริการในทุกประเทศ ที่มี National guideline และอีก 5 ประเทศ ที่ไม่มี National Guideline เช่นกัน (ประเทศที่ไม่มี National Guideline ได้แก่ เบลเยียม ไชปรัส กรีซ ไอร์แลนด์ และมอลตา) ส่วน Test ที่ 37-47 ให้บริการใน 1 ประเทศเท่านั้น

นอกจากนั้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์กิจกรรม จำนวน 37 ข้อแรกที่จัดให้แก่หญิงตั้งครรภ์ในประเทศสหภาพยุโรป มากกว่า ร้อยละ 50 ของประเทศสมาชิกทั้งหมด และต้องครอบคลุมประชากรมากกว่า ร้อยละ 50 ของประชากรรวมของสหภาพยุโรป (เรียกว่า Double Majorities) และค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่จัดให้ ซึ่งพบว่า มีทั้งหมด 23 กิจกรรมที่เข้าข่าย Double Majorities ได้แก่

- | | | |
|--------------------------------|---|-------|
| 1. Blood group | 1 | ครั้ง |
| 2. Blood pressure | 8 | ครั้ง |
| 3. Rhesus factor determination | 1 | ครั้ง |
| 4. Maternal weight | 6 | ครั้ง |

5. Urinalysis/Bacteria	5	ครั้ง
6. Hemoglobin	3	ครั้ง
7. Syphilis	2	ครั้ง
8. Urinalysis/Protein	7	ครั้ง
9. Auscultation of fetal heart rate	5.5	ครั้ง
10. Fetal position	4	ครั้ง
11. Fundal height	7	ครั้ง
12. Hepatitis B virus	1.5	ครั้ง
13. Ultrasound, abdominal	2.5	ครั้ง
14. Urinalysis/glucose	7	ครั้ง
15. Vaginal examination	4	ครั้ง
16. Alpha-feto-protein	2	ครั้ง
17. Atypical red cell antibodies	2.5	ครั้ง
18. Formal risk screening	2.5	ครั้ง
19. Body mass index	3	ครั้ง
20. HIV	2	ครั้ง
21. Rubella titer	1	ครั้ง
22. Gestational diabetes	1.5	ครั้ง
23. Ultrasound, Transvaginal	2	ครั้ง

จากจำนวน 23 Tests ที่ประเทศส่วนใหญ่ดำเนินการ และครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับข้อมูลจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา (Evidence Tables of the National Collaborating Centre for Women's and Children's Health) ว่ามีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ พบว่า มีเพียง 19 Tests เท่านั้น ที่มีข้อมูลรับรอง ส่วนอีก 4 Tests ไม่มี Published Scientific evidence สนับสนุน ได้แก่

1. Vaginal examination to predict a premature ripening of the cervix
2. Auscultation of the fetal heart rate
3. Oral glucose tolerance test for gestational diabetes
4. Urinalysis for glucose

ส่วนอีก 14 test ที่เหลือ (จาก 37 test แรก) ซึ่งจัดให้หญิงตั้งครรภ์ในประเทศสมาชิกน้อยกว่าร้อยละ 50 และครอบคลุมประชากรน้อยกว่าร้อยละ 50 ของประชากรทั้งหมดของสหภาพยุโรปนั้น ผู้วิจัยให้ข้อสังเกตว่า ในอนาคตเมื่อมีข้อมูลเชิงประจักษ์มากขึ้น บาง Test อาจเพิ่มเติมเข้ามา และบาง Test ที่เคยทำมานาน แต่ไม่มีข้อมูลสนับสนุนถึงประโยชน์ที่ได้รับ ควรตัดออกไป

3. ความสำคัญของ Iodine ขณะตั้งครรภ์

ระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ที่ดำเนินการใน 5 จังหวัดนำร่อง กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาบำรุงที่มีไอโอดีน วันละ 200-250 ไมโครกรัมต่อวันตลอดการตั้งครรภ์ เนื่องจากธาตุไอโอดีนมีความสำคัญต่อการพัฒนาสมองของทารกในครรภ์ การทบทวนของหลายการศึกษาให้ข้อมูลสอดคล้องว่า การขาดไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ทำให้มีผลต่อเซลล์สมอง (Bernal J และ Nunez J 1995, Mussa GC และคณะ 2001, de Escobar GM และคณะ 2007, Sethi V และ Kapil U 2004, Rivas M และ Naranjo JR 2007, Rajatanavin R 1998) เช่น

- neuron hypoplasia
- reduced axon count of neurons
- reduced dendritic branching
- decreased cell migration
- decreased synaptogenesis และ neurotransmitter synthesis
- increased neuronal cell death
- decreased electric activity behavior
- decreased oligodendrocyte differentiation และ myelin synthesis
- impaired purkinje cell differentiation
- increased astrocyte proliferation

นอกจากนั้น การขาดไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์จะส่งผลกระทบต่อเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กในระยะต่อมา หากไม่ได้รับการแก้ไขตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งจะส่งผลให้ความผิดปกตินี้เป็นไปอย่างถาวร ได้แก่ การเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย (Mason JB และคณะ 2002) ภาวะปัญญาอ่อน โดย IQ ของเด็กที่มีภาวะขาดไอโอดีน จะน้อยลงกว่าปกติถึง 10-15 จุด (Delange F 2000) หากขาดไอโอดีนรุนแรงจะเกิดภาวะ Cretinism และมีรายงานว่า เด็กที่เกิดจากแม่มีภาวะขาดไอโอดีนขณะตั้งครรภ์จะมีอุบัติการณ์โรค Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) และโรค Learning disorder ได้สูงกว่าปกติ (Vermiglio F และคณะ 2004, de Escobar GM และคณะ 2004)

ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับ Iodine ในขนาด 200-250 microgram ต่อวัน และควรให้ตั้งแต่ช่วงต้นๆ ของการตั้งครรภ์ ทั้งนี้ เพื่อให้ค่ามัธยฐานของ Urinary iodine (UI) ประมาณ 150-240 microgram ต่อลิตร จึงจะแสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับไอโอดีนเพียงพอ และแนะนำว่า การตรวจ Thyrotropin Concentration ในเลือดของทารกแรกเกิดอายุภายใน 3-4 วันหลังคลอด จะเป็นตัวบ่งชี้ที่ค่อนข้างไวต่อภาวะการขาดไอโอดีน นอกจากนั้น ยังแนะนำว่า หากประเทศใดมีการใช้เกลือไอโอดีนในครัวเรือนน้อยกว่าร้อยละ 90 ของครัวเรือน และค่ามัธยฐาน UI ในเด็กวัยเรียนน้อยกว่า 100 ไมโครกรัมต่อลิตร จำเป็นต้องให้ไอโอดีนแก่หญิงตั้งครรภ์และเด็กทารก (Zimmermann

MB. 2009) อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในประเทศยุโรป ซึ่งจำนวนไม่น้อยที่มีภาวะขาดไอโอดีน แต่มีเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่ได้รับการเสริมไอโอดีน (Zimmermann M และ Delange F 2004)

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะได้ดำเนินการป้องกันปัญหาเรื่องของการขาดสารไอโอดีน โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนมานาน และรณรงค์ให้ทุกครัวเรือนใช้เกลือและน้ำปลาที่มีไอโอดีน แต่จากการติดตามเฝ้าระวังภาวะขาดไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า แนวโน้มของภาวะพร่องไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 34.5 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 57.4 ในปี พ.ศ. 2548 (Ministry of Public Health 2008) ดังนั้น จึงควรมีกฎไกหรือมาตรการที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับไอโอดีนให้เพียงพอ

บทที่ 2

วิธีดำเนินการ

รูปแบบการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการสำรวจ และสอบถามข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในกรอบแนวคิดการดำเนินงานโครงการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก จากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการของคลินิกฝากครรภ์ใน 5 จังหวัดนำร่อง และศูนย์อนามัยของกรมอนามัย จำนวน 2 แห่ง ประกอบด้วย

1. การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความครบถ้วนของบริการฝากครรภ์ที่พึงได้รับตามช่วงอายุครรภ์ โดยใช้แบบสอบถาม
2. การสนทนากลุ่มกับผู้ปฏิบัติงานคลินิกฝากครรภ์ในวันที่เก็บข้อมูลทุกคน
3. การสัมภาษณ์เชิงลึกกับหัวหน้าคลินิกฝากครรภ์
4. การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ใน 5 จังหวัดนำร่อง จากข้อมูลที่จัดเก็บในระบบปกติของจังหวัด

พื้นที่ศึกษา

เนื่องจากทั้ง 5 จังหวัดนำร่อง ดำเนินการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ฯ ในทุกโรงพยาบาล (รพ.) ของจังหวัด การติดตามประเมินผลโครงการจึงสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล โดยสุ่มตัวอย่างจากโซนการปฏิบัติงานของจังหวัด เพื่อให้ได้พื้นที่กระจายและสามารถเป็นตัวแทนของจังหวัดได้ ซึ่งได้กำหนดเลือกโรงพยาบาล ที่ทำหน้าที่เป็นแม่ข่าย จำนวน 1 แห่ง และสุ่มโรงพยาบาลอื่นอีก จำนวน 1-2 แห่ง ในกรณีที่มีการแบ่งโซน มีขนาดย่อยเกินไปและอยู่ใกล้เคียงกัน จะรวมเข้าด้วยกัน แล้วสุ่มโรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลอื่นอีก จำนวน 1 แห่งเช่นกัน ผลการสุ่มตัวอย่างแบบมีชั้นภูมิ (Stratified Sampling) ได้พื้นที่ ดังนี้

จังหวัดลพบุรี

โซนที่ 1	ได้แก่	โรงพยาบาลลพบุรี (ท)	โรงพยาบาลพัฒนานิคม (60)
		โรงพยาบาลชัยบาดาล (90)	
โซนที่ 2	ได้แก่	โรงพยาบาลบ้านหมี่ (ท)	โรงพยาบาลหนองม่วง (30)
		โรงพยาบาลโคกเจริญ (10)	

จังหวัดมหาสารคาม

โซนเหนือ	ได้แก่	โรงพยาบาลเขียงยืน (60)	โรงพยาบาลโกสุมพิสัย (120)
----------	--------	------------------------	---------------------------

โซนกลาง	ได้แก่	โรงพยาบาลมหาสารคาม (ท)	โรงพยาบาลแกดำ (30)
โซนใต้	ได้แก่	โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย (90)	โรงพยาบาลยางสีสุราช (30)

➡ จังหวัดกาฬสินธุ์

โซนที่ 1 และโซนที่ 4	ได้แก่	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (ท)	โรงพยาบาลกมลาไสย (90)
โซนที่ 2 และโซนที่ 3	ได้แก่	โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ (90)	โรงพยาบาลสหัสขันธ์ (30)
โซนที่ 5	ได้แก่	โรงพยาบาลยางตลาด (90)	โรงพยาบาลห้วยเม็ก (30)

➡ จังหวัดเชียงราย

โซนที่ 1	ได้แก่	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (ศ)	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงชัย (90)
โซนที่ 2	ได้แก่	โรงพยาบาลเชียงของ (90)	โรงพยาบาลพญาเม็งราย (30)
โซนที่ 3	ได้แก่	โรงพยาบาลพาน (120)	โรงพยาบาลแม่สรวย (30)
		โรงพยาบาลป่าแดด (30)	
โซนที่ 4	ได้แก่	โรงพยาบาลแม่จัน (90)	

➡ จังหวัดนครศรีธรรมราช

โซนที่ 1 และโซนที่ 5	ได้แก่	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (ศ)	โรงพยาบาลลานสกา (30)
โซนที่ 2	ได้แก่	โรงพยาบาลปากพนัง (30)	โรงพยาบาลหัวไทร (30)
โซนที่ 3	ได้แก่	โรงพยาบาลทุ่งสง (150)	โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ (30)
โซนที่ 4	ได้แก่	โรงพยาบาลฉวาง (90)	โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ (60)

หมายเหตุ (ท) = โรงพยาบาลทั่วไป
(ศ) = โรงพยาบาลศูนย์
ตัวเลขในวงเล็บ คือ จำนวนเตียงของโรงพยาบาล

สรุปในภาพรวม จะมีโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง

โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 150 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง 2 แห่ง

โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง 9 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง 3 แห่ง

โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง 12 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง 1 แห่ง

รวมพื้นที่ศึกษาทั้งหมด 34 แห่ง

นอกจากนี้ ยังติดตามผลการดำเนินงานของศูนย์อนามัยเขตของกรมอนามัย อีกจำนวน 2 แห่ง
คือ ศูนย์อนามัยราชบุรี และศูนย์อนามัยนครสวรรค์

● ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย

- 1) ผู้รับบริการ คือ ผู้ตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ตามระบบดูแลครรภ์แนวใหม่ฯ ในวันที่มาติดตามประเมินผล และเป็นผู้ตั้งครรภ์ประเภท Low Risk ตามการคัดกรองของ Classifying form (เอกสารภาคผนวก 1) โดยเก็บข้อมูลให้ได้อย่างน้อย 3 รายต่อคลินิก รวมทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 30 ราย
- 2) ผู้ให้บริการประกอบด้วย 2 ส่วน คือ
 - 2.1 ผู้ปฏิบัติงานที่คลินิกฝากครรภ์ทุกคนของโรงพยาบาลตัวอย่าง ที่ปฏิบัติงานในวันที่มาติดตามผลการดำเนินงาน
 - 2.2 ผู้บริหารของหน่วยงาน ได้แก่ หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์

● ระยะเวลาที่เก็บข้อมูล

ระยะเวลาเก็บข้อมูล มีดังนี้

- | | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| วันที่ 7-11 กันยายน 2552 | เก็บข้อมูล ณ จังหวัดมหาสารคาม |
| วันที่ 21-25 กันยายน 2552 | เก็บข้อมูล ณ จังหวัดลพบุรี |
| วันที่ 5-9 ตุลาคม 2552 | เก็บข้อมูล ณ จังหวัดเชียงราย |
| วันที่ 12-16 ตุลาคม 2552 | เก็บข้อมูล ณ จังหวัดนครศรีธรรมราช |
| วันที่ 26-30 ตุลาคม 2552 | เก็บข้อมูล ณ จังหวัดกาฬสินธุ์ |
| วันที่ 3 พฤศจิกายน 2552 | เก็บข้อมูล ณ ศูนย์อนามัยราชบุรี |
| วันที่ 9 พฤศจิกายน 2552 | เก็บข้อมูล ณ ศูนย์อนามัยนครสวรรค์ |

● เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ และความครบถ้วนของกิจกรรมที่ให้บริการ
2. แนวคำถามผู้ให้บริการเกี่ยวกับความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และเทปอัดเสียง
3. บันทึกคลอด/ทะเบียนคลอด/รายงานการปฏิบัติงาน ANC ของโรงพยาบาลเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ระดับฮีโมโกลบินของผู้ตั้งครรภ์ น้ำหนักแรกคลอด และภาวะขาดออกซิเจน
4. แบบรายงาน ก-2 สรุปรายงานการคลอด และการป่วย/การตายของมารดา และทารกปริกำเนิด
5. ทะเบียนเรื่องร้องเรียนของโรงพยาบาล

● ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมทีมงานติดตามประเมินผล เพื่อซักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีรวบรวมข้อมูล และวางแผนกำหนดตารางเวลาในการออกติดตามประเมินผล

2. ประสานงานกับผู้ประสานงานของจังหวัดและหัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลตัวอย่าง เพื่อกำหนดหมายการดำเนินงานและการเตรียมเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
3. จัดเตรียมอุปกรณ์และแบบสอบถาม ตลอดจนเอกสารชี้แจงโครงการและเอกสารยินยอมให้ความร่วมมือรวบรวมข้อมูล
4. กำหนดทีมย่อยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการคลินิกฝากครรภ์
5. เก็บรวบรวมข้อมูลตามวัตถุประสงค์ ตรวจสอบความเรียบร้อย และความครบถ้วนข้อมูลก่อนออกจากพื้นที่
6. จัดการข้อมูลจากแบบสอบถามและแนวคำถาม ตามประเด็นที่กำหนดไว้และร่างผลการศึกษา
7. ประชุมพิจารณาผลการศึกษา ปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสม
8. จัดทำรายงานการประเมินผลโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบคุณแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก ฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อบริการและความครบถ้วนของบริการฝากครรภ์ที่ได้รับของผู้รับบริการ นำเสนอโดยสถิติเชิงพรรณนา ความครบถ้วนของบริการฝากครรภ์ที่ได้รับของผู้รับบริการ พิจารณาจากกิจกรรมบริการที่พึงได้รับตามอายุครรภ์ตามที่กำหนดไว้ในคู่มือปฏิบัติการระบบคุณแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก ซึ่งวิเคราะห์เป็นภาพรวมและกลุ่มบริการ ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจครรภ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการจัดให้มีการดูแล หากไม่ได้รับรายการใดรายการหนึ่ง ถือว่าไม่ครบถ้วน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการ นำเสนอโดยวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นที่กำหนด
3. ข้อมูล Outcome จากรายงานจัดเก็บอยู่เป็นประจำ นำเสนอโดยสถิติเชิงพรรณนา
4. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละประเด็น จากการประเมินผลครั้งแรก และการประเมินผลครั้งที่ 2 ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงปริมาณด้าน Outcome เปรียบเทียบความแตกต่างช่วงก่อนเริ่มโครงการ (ปี พ.ศ. 2548 – 2550) และหลังดำเนินโครงการ (ปี พ.ศ. 2551 – 2552) โดยสถิติ Mann-Whitney Test และข้อมูลเชิงปริมาณด้านผู้รับบริการในเรื่องความพึงพอใจต่อบริการ และความครบถ้วนของบริการฝากครรภ์ที่ได้รับ และข้อมูลอื่นๆ เปรียบเทียบความแตกต่างจากการประเมินผลครั้งแรก และการประเมินผลครั้งที่ 2 โดยสถิติ Z Test และ Chi Square Test

บทที่ 3

ผลการศึกษา

ผลการติดตามประเมินผลโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามข้อเสนอองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 2 จะนำเสนอออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขในการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 ผลผลิตโครงการด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการดำเนินงาน ANC แนวใหม่

ส่วนที่ 3 ผลผลิตโครงการด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความครบถ้วนของบริการที่ได้รับ

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ของโครงการ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านเด็ก ผลลัพธ์ด้านมารดา และเรื่องร้องเรียน และผลผลิตเกี่ยวกับจำนวนครั้งเฉลี่ยการฝากครรภ์

ส่วนที่ 5 ข้อมูลจากศูนย์อนามัย

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะในการขยายผลโครงการจากผู้ให้บริการ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ

ก. ข้อมูลทั่วไปของหัวหน้าคลินิก ANC (ตารางที่ 3.1)

1) เพศ

เพศของหัวหน้าคลินิก ANC พบว่า หัวหน้าคลินิกทั้งหมด จำนวน 34 คน เป็นเพศหญิง

2) อายุ

อายุของหัวหน้าคลินิก ANC ในภาพรวมพบว่า มีช่วงอายุระหว่าง 40-44 ปี และ 45-49 ปี ในสัดส่วนเท่ากัน คือ จำนวน 12 คน หรือร้อยละ 35.29 รองลงมา มีช่วงอายุระหว่าง 35-39 ปี มีจำนวน 6 คน (ร้อยละ 17.65) ส่วนหัวหน้าคลินิกที่มีช่วงอายุระหว่าง 25-29 ปี พบเพียง 1 คนเท่านั้น ในจังหวัดลพบุรี เมื่อแยกตามรายจังหวัดพบว่า หัวหน้าคลินิกที่มีช่วงอายุระหว่าง 40-44 ปี พบมากที่สุด จำนวน 5 คน ในจังหวัดเชียงราย ซึ่งเท่ากับจำนวนหัวหน้าคลินิกที่มีช่วงอายุระหว่าง 45-49 ปี ในจังหวัดมหาสารคาม ส่วนผู้ที่มีช่วงอายุระหว่าง 50-54 ปี พบในจังหวัดลพบุรี และกาฬสินธุ์ จังหวัดละ 1 คน

3) ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาของหัวหน้าคลินิก ANC ในภาพรวม พบว่า หัวหน้าคลินิก จำนวน 26 คน หรือร้อยละ 76.47 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ที่เหลือจบการศึกษาระดับปริญญาโท

4) สาขาที่จบ

สาขาที่จบของหัวหน้าคลินิก ANC ในภาพรวมพบว่า จำนวน 26 คน หรือร้อยละ 76.47 จบสาขาพยาบาลศาสตร์ ที่เหลือจบการศึกษาสาขาอื่นๆ คือ สาขาสูตินรีเวช 1 คน สาขามารดาและทารก 1 คน ในจังหวัดนครศรีธรรมราช สาขาบริหารการพยาบาล จำนวน 3 คน ซึ่งพบในจังหวัดมหาสารคาม ลพบุรี และกาฬสินธุ์ จังหวัดละ 1 คน สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว สาธารณสุขศาสตร์ และบริหารสาธารณสุข สาขาละ 1 คน

ตารางที่ 3.1 ข้อมูลทั่วไปของหัวหน้าคลินิก ANC

หัวข้อ	เชียงราย	มหาสารคาม	ลพบุรี	กาฬสินธุ์	นครศรีธรรมราช	รวม	
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (n=34)							
● 25-29 ปี	0	0	1	0	0	1	02.94
● 30-34 ปี	0	0	0	0	1	1	02.94
● 35-39 ปี	1	1	1	1	2	6	17.65
● 40-44 ปี	5	0	3	3	1	12	35.29
● 45-49 ปี	2	5	0	1	4	12	35.29
● 50-54 ปี	0	0	1	1	0	2	05.88
ระดับการศึกษา (n=34)							
● ปริญญาตรี	5	5	5	5	6	26	76.47
● ปริญญาโท	3	1	1	1	2	8	23.53
สาขาที่จบ (n=34)							
● พยาบาลศาสตร์	6	5	4	5	6	26	76.47
● มารดาและทารก	0	0	0	0	1	1	02.94
● สูตินรีเวช	0	0	0	0	1	1	02.94
● เวชปฏิบัติครอบครัว	0	0	1	0	0	1	02.94
● บริหารการพยาบาล	0	1	1	1	0	3	08.82
● สาธารณสุขศาสตร์	1	0	0	0	0	1	02.94
● บริการสาธารณสุข	1	0	0	0	0	1	02.94

ข. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานในคลินิก ANC ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.2

1) เพศ

ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก ANC ทั้งหมด จำนวน 85 คนที่ให้การสัมภาษณ์ เป็นเพศหญิงทั้งหมด

2) อายุ

อายุของผู้ปฏิบัติงานในคลินิก ANC ในภาพรวมพบว่า มีช่วงอายุระหว่าง 30-34 ปี และ 40-44 ปี ในสัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 22.4 รองลงมามีช่วงอายุระหว่าง 35-39 ปี อายุระหว่าง 20-24 ปี ตามลำดับ

3) ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาของผู้ปฏิบัติงานในคลินิก ANC ในภาพรวม พบว่า 77 คน (ร้อยละ 76.47) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มี 5 คนจบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี อีก 3 คนจบระดับปริญญาโท

4) สาขาที่จบ

สาขาที่จบภาพรวมพบว่า ประมาณร้อยละ 78.8 จบสาขาพยาบาลศาสตร์ รองลงมาคือร้อยละ 16.5 จบสาขาสาธารณสุขศาสตร์

ตารางที่ 3.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานในคลินิก ANC แยกรายจังหวัดและภาพรวม

ข้อมูลทั่วไป	เชียงราย	มหาสารคาม	ลพบุรี	กาฬสินธุ์	นครศรีธรรมราช	รวม	
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)							
20-24	0	4	4	1	2	11	12.9
25-29	1	1	4	0	2	8	9.4
30-34	7	3	4	0	5	19	22.4
35-39	5	2	1	4	3	15	17.6
40-44	4	3	4	3	5	19	22.4
45-49	0	3	0	3	0	6	7.1
50-54	1	0	2	1	2	6	7.1
55-59	0	0	0	1	0	1	1.2
การศึกษา							
ต่ำกว่าปริญญาตรี	0	1	3	0	1	5	5.9
ปริญญาตรี	17	15	14	13	18	77	90.6
ปริญญาโท	1	0	2	0	0	3	3.5
สาขาที่จบ							
พยาบาลศาสตร์	11	15	11	13	17	67	78.8
สาธารณสุขศาสตร์	5	0	7	0	2	14	16.5
เทคโนโลยีบริหาร	0	1	0	0	0	1	1.2
การจัดการ	0	0	1	0	0	1	1.2
วิทยาศาสตร์สุขภาพ	1	0	0	0	0	1	1.2

ส่วนที่ 1 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

1.1 ความคิดเห็นของหัวหน้าคลินิก ANC

จากการประเมินผลครั้งแรก หัวหน้าคลินิก ANC ระบุปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานระบบ ANC แนวใหม่ ในด้านต่างๆ ดังนี้ (ภาคผนวก 3)

ก. ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ปัญหาขาดความรู้ ความเข้าใจในขั้นตอนและกระบวนการให้บริการ ปัญหาการลงข้อมูลต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น ปัญหาขาดแคลนบุคลากรที่ต้องให้บริการพิเศษบางอย่างที่เพิ่มขึ้น และปัญหาผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์หลายคนที่ไม่เห็นด้วยในการตรวจภายในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย

ข. ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ความเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์มีไม่มากจึงควรนัดหมายให้มาบ่อยเพื่อติดตามผล และผู้รับบริการบางคนต้องการมาพบแพทย์บ่อยๆ เพื่อความมั่นใจต่อสุขภาพทารกในครรภ์

ค. ด้านวัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือต่างๆ ซึ่งในช่วงที่ดำเนินงานระยะแรกไม่ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่ต้องใช้ ทำให้การดำเนินงานไม่สามารถทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

ง. ด้านสถานที่ให้บริการ เนื่องจากมีข้อแนะนำให้ตรวจภายในแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ทำให้ต้องจัดระบบการให้บริการในเรื่องนี้ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ห้องตรวจที่มีฉลิด และควรอยู่ในบริเวณเดียวกันกับห้องตรวจครรภ์ เพื่อความสะดวกของผู้ตั้งครรภ์ ทำให้สถานที่ไม่เพียงพอหรือคับแคบมากขึ้น

การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ รอบที่ 2 พบว่า หัวหน้าคลินิก ANC ได้ระบุปัญหา อุปสรรคที่ยังมีอยู่บ้าง ได้แก่

ก. ปัญหาด้านผู้ให้บริการ แบ่งออกเป็น 6 เรื่อง ประกอบด้วย

1) ปัญหาการตรวจภายใน พบในโรงพยาบาล จำนวน 6 แห่ง เป็น รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 4 แห่ง กล่าวคือ มีข้อสงสัยว่า การตรวจภายในมีความจำเป็นต้องดำเนินการทุกรายหรือไม่ หากใช้เพียงการซักประวัติแล้วจึงตรวจภายในเฉพาะรายที่มีภาวะผิดปกติได้หรือไม่ ส่วนผู้ที่ตรวจภายใน ขณะนี้ได้ฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการตรวจภายในเพื่อแบ่งเบาภาระแพทย์ที่มีจำนวนน้อย และต้องตรวจรักษาโรคอื่นๆ ด้วย ทำให้กิจกรรมนี้ดำเนินการได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานบางคน ยังคงมีความวิตกกังวลกับผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น โดยเกรงว่าเมื่อตรวจภายในให้แก่หญิงตั้งครรภ์แล้ว จะมีผลกระทบต่อภาวะการตั้งครรภ์ในเรื่องการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด แต่ก็ได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยปรึกษาหารือกับแพทย์อีกครั้ง

“สิ่งที่คิดนะ พบว่าการตรวจภายในจำเป็นต้องทำทุกรายใหม่ เพราะทุกรายที่พบว่าผิดปกติ จะเป็น Case ที่เป็นบอกว่ามีอาการทั้งหมด หากไม่มีอาการอะไร จะตรวจไม่พบอะไร จึงมีข้อสังเกตว่า จากที่ไม่เคยทำ PV เลยมาทำ แต่แยกแยะว่าควรทำในรายไหน งานเราจะมีคุณภาพ แล้วก็ลดงานของตัวเอง ก็น่าจะดี”

“รู้สึกยังไม่เข้าใจเท่าไรกับการตรวจภายใน ยังกังวล ไม่มีความมั่นใจว่าคนไข้จะ Abort ใหม่ แล้วมีความจำเป็นแค่ไหนที่จะต้องทำ”

“สิ่งที่เราเจอปัญหา ก็คือ เรื่องการตรวจภายในคนไข้ เมื่อก่อนคุณหมอตรวจภายในให้เรา มีคุณหมอใหม่มา ไม่ตรวจภายในให้ เลยเปลี่ยนให้พยาบาลตรวจ เราไม่ได้อยู่ในกรอบของเรา จะทำยังงี้ดี ก็เลยจัดประชุมวิชาการให้ 1 วัน ในเรื่องการ PV ก็เลยมีนโยบายให้พยาบาลทำ พอผ่านนโยบาย MCH Board มาลงที่ สอ. แต่น้องที่ สอ. เค้าปฏิเสธที่จะทำ คือ ไม่มั่นใจที่จะทำ หนึ่งเค้ากลัวจะ Abort ใครจะรับผิดชอบ ก็เลยเป็นปัญหาเหมือนกัน”

2) ปัญหาความสับสน หรือไม่เข้าใจในระบบบริการ ANC แนวใหม่ พบในโรงพยาบาล จำนวน 12 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 4 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 7 แห่ง กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานคน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ที่ต้องทำงานเชื่อมโยงกัน ยังมีความสับสนและไม่เข้าใจในกระบวนการให้บริการระหว่างแนวเดิมและแนวใหม่ เช่น การคัดกรองผู้รับบริการ การตัดสินใจเกี่ยวกับการนัดหมายหญิงตั้งครรภ์ ในกรณีที่ไม่มีความเสี่ยง เนื่องจากยังมีความรู้ความเข้าใจไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการนัดตามช่วงอายุครรภ์ตามเกณฑ์ ANC แนวใหม่ หรือในกรณีที่มาไม่ตรงตามอายุครรภ์ที่กำหนดไว้ เป็นต้น หัวหน้าคลินิกจึงจำเป็นต้องสื่อสารชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจกับทีมงาน โดยนิเทศ ติดตาม และประชุมให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้บริการเป็นระยะๆ เพื่อเป็นการแก้ไข

“ประชุมในแต่ละครั้งเกี่ยวกับ ANC แนวใหม่ ค่อนข้างสับสนอยู่ เพราะอาจารย์แต่ละคนไม่เหมือนกัน ความเข้าใจใน ANC แนวใหม่ก็ไม่เหมือนเดิม ผู้ปฏิบัติงานยังสับสนอยู่ ยังมีสองแนวอยู่เกี่ยวกับขั้นตอนยังไม่เคลียร์ว่า อันไหนจะนัดอย่างไร ก็มีการลืมนั่ง Loss เหมือนกัน”

“เพราะบางคนทำอัลตราซาวด์ไปแล้วครั้ง สองครั้ง สามครั้ง มันไม่ตรงกัน บางทีทั้งๆ ที่ Case นั้นไม่มี Criteria ที่เป็น High Risk อย่างนี้ เราน่าจะเอา Case นี้เข้าได้ พอเราเจออย่างนี้ ทำให้เราไม่แน่ใจ”

“สมัยก่อนครั้งแรกจะเครียดมาก จำนวนครั้งมันเยอะ เพราะนัดผิด จำนวนครั้งมันเยอะนะ พอไปฟังการนำเสนอผลการประเมินที่ชะอำ เพชรบุรี เราก็ไม่อะไรขนาดนั้น ก็เริ่มหย่อน ผ่อนคลาย ทำงานมีความสุขขึ้น”

3) ปัญหาความไม่เข้าใจแบบฟอร์มประเมินความเสี่ยง พบในโรงพยาบาล จำนวน 2 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงในแบบฟอร์ม Classifying Form โดยเฉพาะ ข้อที่ 18 เรื่อง โรคประจำตัวนั้นครอบคลุมโรคใดบ้าง ควรอธิบายหรือชี้แจงให้มีความชัดเจนอย่างละเอียด

“ในรายที่คิดว่า Low Risk High Risk นะคะ Form ในข้อสุดท้ายที่บอกว่ามีโรคประจำตัว หอบหืด ก็เป็นโรคประจำตัวของเขา แต่จริงๆ บางคนไม่มีอาการเลย จะทำอย่างไร”

“ความเข้าใจเรื่อง Classifying Form ความหมายซึ่งจะยาก ข้อสุดท้ายจะยาก โลหิตจาง มันจางอย่างไร จางแบบคนทางเหนือ ชาติสี่เมีย หรือว่าบางคนก็เยอะเหมือนกัน เพราะบางคนเราก็ไม่สามารถไปจนถึงว่าเขาเป็นเบา”

4) ปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอ และขาดแคลนบุคลากร พบในโรงพยาบาล จำนวน 6 แห่ง เป็น รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 4 แห่ง โดยให้เหตุผล คือ

- บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานค่อนข้างแคลน พบในโรงพยาบาล จำนวน 5 แห่ง เป็น รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานยังต้องรับผิดชอบงานด้านอื่นๆ อีกด้วย นอกเหนือจากงานคลินิกฝากครรภ์ที่จะต้องมีการกิจกรรมเพิ่มขึ้นแล้ว เช่น งานธุรการ งานเยี่ยมบ้านเยี่ยมชุมชน งานประชุม และงานฝึกอบรม เป็นต้น เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจึงจำเป็นต้องเรียนรู้งานทุกอย่างทุกขั้นตอน เพื่อที่จะได้สามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ กรณีที่บุคลากรท่านใดท่านหนึ่งติดภารกิจหรืออาจมีการปรับเปลี่ยนบุคลากรเข้ามาหมุนเวียนแทนในคลินิก

- ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ ครบจำนวนตามเกณฑ์สำหรับการให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ พบใน รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง โดยมีพยาบาลวิชาชีพ จำนวนเพียง 1 คนเท่านั้นสำหรับการให้บริการคลินิก ANC แนวใหม่ ส่วนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขสามารถช่วยงานในส่วนอื่นๆ ได้ แต่สำหรับงานตรวจครรภ์ช่วยได้น้อยมาก

“โอกาสที่เจ้าหน้าที่จะอยู่ครบน้อยมาก พยาบาลวิชาชีพที่ประจำในคลินิก จะอยู่ประจำน้อยมาก บางครั้งอยู่คนเดียว ต้องทำหน้าที่หลายอย่าง ทั้งตรวจครรภ์ *Counseling* อ่านผล แล้วก็ทำ *Ultrasound* ด้วย”

5) ปัญหาทัศนคติของแพทย์เกี่ยวกับการให้บริการ พบในโรงพยาบาล จำนวน 5 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 2 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 2 แห่ง โดยให้ข้อคิดเห็น คือ

ปัญหาทัศนคติของแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสูติแพทย์ที่ไม่ค่อยเห็นด้วยกับการตรวจภายใน บางรายก็ยังไม่ตรงกันเกี่ยวกับอายุครรภ์ของผู้รับบริการ ทั้งๆ ที่ได้ตรวจอัลตราซาวด์ไปแล้ว ซึ่งจะส่งกระทบต่อการนัดมาตรวจ ANC ครั้งต่อไป หรือการจัดเข้ากลุ่ม Low หรือ High Risk

นอกจากนี้แล้ว ยังพบปัญหาแพทย์มีจำนวนค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสูติแพทย์ ที่ไม่มีการประจำในคลินิกฝากครรภ์ ทำให้ไม่สามารถให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้รับบริการได้ตลอดเวลา และไม่ได้รับการตรวจภายใน จึงใช้วิธีการซักประวัติการตั้งครรภ์อย่างละเอียดเท่านั้น ถ้าหากมีข้อสงสัยจะส่งต่อพบแพทย์เป็นรายๆ ไป นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อส่งต่อแพทย์กรณีมีความผิดปกติ แพทย์อาจมีความเห็นไม่ตรงกันด้วยในการให้การรักษา

“ยังไม่ได้ PV บางคนไม่เห็นด้วย เราก็ทำในส่วนของเรา ถ้าไม่ครบถ้วนก็ไม่ใช่ไร หรืออาจจะขลุ่ยหลัก”

“ผมคิดว่า มีประโยชน์ คุ่มค่าแคไหนด รู้สึกว่าเหมาะกับเค้าแคไหนด กลัวว่าประเมินแล้วผิดพลาด หากพลาดแล้วจะยาวเลย เลยคิดว่า Load งานหมอ จึงปรับให้อัลตราซาวด์ อายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ แล้วเฉลี่ยคนไข้ให้มีจำนวนที่มารับบริการไม่เยอะมาก ให้พอดี แต่หมอก็ทำให้”

6) ปัญหาเรื่องความร่วมมือระหว่างทีมงาน ANC แนวใหม่ พบใน รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 2 แห่ง โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน แพทย์ เจ้าหน้าที่ฝ่าย OPD ฝ่าย ER และห้อง Lab ต้องรับภาระงานในกิจกรรมการให้บริการที่เพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องใช้การประชุมหารือ และพูดคุยกันทุกเดือน เพื่อแก้ไขปัญหาและวางแผนการทำงานร่วมกัน

“มีปัญหาเรื่องการ *Form* ทีมไม่ชัดเจน รูปแบบของการให้บริการจะไม่เน้นจำนวนครั้งเท่าไร ต้องมานั่งคุยกันอีกที ตั้งแต่กระบวนการ *Checklist* และขั้นตอนต่างๆ ในรายละเอียด ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 หรือการ PV ของหมอที่จะทำ การสนับสนุนยาเคลเซียม ยาวิตามิน ต้องคุยกับเภสัชกรหรือ รพ. อีก”

ข. ปัญหาด้านผู้รับบริการ แบ่งออกเป็น 5 เรื่อง ประกอบด้วย

1) ปัญหาความวิตกกังวลของผู้รับบริการ พบในโรงพยาบาล จำนวน 5 แห่ง เป็น รพช./รพท. จำนวน 1 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 4 แห่ง คือ ผู้รับบริการบางรายยังมีความวิตกกังวลกับระยะการนัดตามช่วงอายุครรภ์ที่ค่อนข้างห่าง มีความต้องการอยากมาพบแพทย์บ่อยๆ ทุกเดือน เช่นเดิม ผู้รับบริการบางรายเกิดความไม่สบายใจจึงได้ไปตรวจครรภ์ที่คลินิกแทน ปัญหาดังกล่าวเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้ทำความเข้าใจ ด้วยการให้คำอธิบาย และให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้รับบริการมากขึ้นเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการมารับบริการ ANC แนวใหม่ เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลให้แก่ผู้รับบริการ ซึ่งผู้รับบริการก็มีความพึงพอใจมากขึ้นในการได้รับความรู้ การเข้าโรงเรียนพ่อแม่ การได้รับยาวิตามิน และได้รับเกลือไอโอดีน เป็นต้น

“มีคนไข้คนหนึ่ง เขากลัว ไปตรวจคลินิก เราก็คุยกับเขา เขายกว่าไม่สบายใจ ก็โอเค แต่ส่วนใหญ่ที่กลับมา ก็โอเค เขาว่าดี เพราะว่าเราทำแผ่นพับให้อ่านว่าคืออะไร”

“ผู้รับบริการเข้าใจ สื่อสารให้เขาทราบ ว่ามีปรับเปลี่ยนไปเล็กน้อย ผู้รับบริการไม่เห็นความแตกต่างจากระบบเดิมที่เรามีอยู่ มีปัญหากับความเชื่อเรื่องการตรวจภายใน ที่ต้องแทงอะไรนี้ มีค่ะ”

“บางคนถามว่า เดือนนี้ทำมานาน บอกว่าคัดกรองไปแล้ว ไม่มีความเสี่ยงนะ น้องไม่ต้องกังวล แต่ถ้าน้องมีปัญหา ก็มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อได้ตลอดเวลา”

“บางคนที่ต้องติดกัน ก็จะสงสัยว่า ทำไมถึงห่างจัง ไม่เหมือนเดิม แต่ก็อธิบายให้เขา เขาก็โอเค ถ้าคนที่ทำงาน มีประกันสังคมก็จะบอกว่าดี ไม่ต้องลางานมาบ่อย คนไข้ทั่วไปเขาก็ไม่บ่นอะไร”

2) ปัญหาผู้รับบริการไม่มารับบริการ พบใน รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 2 แห่ง คือ การนัดห่างเกินไป ผู้รับบริการบางรายที่ไปรับบริการจังหวัดอื่น หากไม่ไปรับบริการตามเวลานัดก็เกรงว่าจะไม่ได้รับยาวิตามินครบถ้วน หรือบางรายที่กรณีมีค่าความเข้มข้นของเลือดต่ำ ระยะเวลาของการนัดห่างเกินไป ส่งผลทำให้ผู้รับบริการไม่มารับบริการตามกำหนดระยะเวลาการนัด และไม่สามารถติดตามผู้รับบริการทางโทรศัพท์เพื่อมารับบริการได้

3) ปัญหาความหลากหลายของเชื้อชาติ ภาษา และวัฒนธรรม พบในโรงพยาบาล จำนวน 2 แห่ง เป็น รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง เนื่องจากเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล มีผู้รับบริการที่เป็นหลายชนเผ่าอาศัยอยู่ ทำให้การสื่อสาร และการให้สุศึกษาแก่พ่อแม่ประสบปัญหา

“การให้สุศึกษาค่อนข้างมีปัญหา เพราะที่นี่มีหลายชนเผ่า ตั้งเจ็ดแปดเผ่า ทั้งม้ง ม้ง เย้า อาข่า อะไรพวกนี้ จะสื่อสารไม่ค่อยเข้าใจ แต่ก็มีแนวคิดที่จะให้สุศึกษากับพ่อแม่ของเด็ก ในตอนนี้จะนัดมาฟังผลเลือด และเข้าโรงเรียนพ่อแม่ด้วย”

4) ปัญหาความคับคั่งของผู้รับบริการ พบในโรงพยาบาล จำนวน 6 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 2 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 2 แห่ง คือจำนวนผู้รับบริการยังมีจำนวนมากอยู่ เนื่องจากผู้รับบริการต้องได้รับการบริการตามกิจกรรมที่พึงได้รับตามช่วงอายุครรภ์มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมการที่จะต้องรอพบแพทย์ เช่น การตรวจภายใน การอัลตราซาวด์ รวมไปถึงการตรวจปัสสาวะ ถ้าหากแพทย์ติดภารกิจ ผู้รับบริการจะต้องรอนานขึ้นซึ่งทำให้เกิดความคับคั่งของการให้บริการ

นอกจากนี้ยังพบว่า ปริมาณผู้รับบริการมีจำนวนมาก และยังไม่ลดจำนวนลง เนื่องจากต้องรับการส่งต่อผู้รับบริการจากสถานอนามัยทุกแห่ง เพื่อมารับบริการในกิจกรรมของการตรวจภายใน ตรวจเลือด และตรวจปัสสาวะ ส่วนโรงพยาบาลขนาดใหญ่ต้องรับการส่งต่อกรณีที่เป็น High Risk ทุกราย แต่จำนวนผู้รับบริการที่เป็น Low Risk ลดลงบ้าง เนื่องจากช่วงระยะเวลาการนัดห่างขึ้น

“จริงๆ แล้ว ตอนนี้เราดีขึ้นกว่าเดิม ระบบบริการเราริมเข้าที่แล้ว แต่ที่มีปัญหาก็คือถ้าผู้รับบริการที่เป็นนอกเขตมา จะเพิ่มจำนวนมากขึ้น ในวันที่มาตรวจ PV แต่การให้บริการไม่มีปัญหา”

5) ปัญหาผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น พบใน รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง กล่าวคือ ผู้รับบริการที่ใช้สิทธิบัตรประกันสังคม ต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องค่าตรวจอัลตราซาวด์ ทำให้ผู้รับบริการบางคนขอไม่ทำตรวจ แต่ได้ปรับแก้ไขโดยแจ้งล่วงหน้า เพื่อให้เตรียมค่าใช้จ่ายมาตรวจในครั้งต่อไป (เมื่อมาฟังผลเลือดในสัปดาห์ต่อไป) รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้สื่อสารให้ผู้รับบริการได้เข้าใจถึงประโยชน์ของการตรวจ U/S ด้วย

“มาครั้งแรก ถ้าเขาไม่มีเงินมา ในส่วนของการ U/S สมมุติว่า เราแจ้งเขาวันนี้ว่าถ้าไม่ทราบอายุครรภ์ต้องทำ U/S เสียค่าใช้จ่ายประมาณ 400 บาท ถ้าเขาไม่พร้อมที่จะทำวันนี้ จะมีครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ หนูใช้วิธีการอย่างนี้ ก็โอเค”

ค. ปัญหาด้านเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ แบ่งออกเป็น 2 เรื่อง คือ

1) ปัญหาไม่ได้รับการสนับสนุน หรือขาดแคลนเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ พบในโรงพยาบาล จำนวน 9 แห่ง เป็น รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 5 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 4 แห่ง คือ

ปัญหาการขาดแคลนยาวิตามินรวมและมีสารไอโอดีน Multiple Dipstick และเครื่องมือตรวจภายใน เนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งยังไม่ได้ให้การสนับสนุนเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ จากจังหวัด หรือบางแห่งได้รับการสนับสนุนค่อนข้างน้อย เช่นวิตามินรวม และผู้บริหารของโรงพยาบาลไม่ได้ให้การสนับสนุนเพิ่มเติมในส่วนนี้เพราะค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น แต่ก็ได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในเรื่องของการให้รับประทานอาหารที่มีสารไอโอดีนให้เพิ่มมากขึ้น

ปัญหาเตียงตรวจครรภ์มีจำนวนจำกัด ซึ่งเป็นปัญหามาแต่เดิมอยู่แล้ว ทำให้ต้องรอตรวจครรภ์ โดยเฉพาะกรณีมีภาวะเสี่ยง ต้องนอนรอพบแพทย์ จึงส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในตรวจครรภ์มากขึ้น

“เมื่อมีการรอเตียง จึงทำให้ระยะเวลาการรอคอยเรายาวขึ้น แต่เมื่อประเมินความพอใจ คนไข้พอใจเยอะกว่า 80% เขาได้รับความสะดวกและเสร็จสิ้นทันที”

2) ปัญหาการค่าใช้จ่ายด้านเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น พบใน รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง เนื่องจากยาวิตามินรวมที่มีสารไอโอดีนมีราคาสูงกว่ายาเดิมที่เคยใช้ ดังนั้นในปีต่อไปจึงไม่แน่ใจว่าจะมีงบประมาณเพียงพอที่จะสนับสนุนในเรื่องดังกล่าวหรือไม่

ง. ปัญหาด้านระบบบริหารจัดการ งบประมาณ เอกสาร และการสนับสนุน พบในโรงพยาบาล จำนวน 18 แห่ง แบ่งเป็น รพศ./รพท. จำนวน 4 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 5 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 9 แห่ง แบ่งออกเป็น 5 ประเด็น คือ

1) ปัญหาเรื่องยังไม่ได้ดำเนินการตรวจภายใน พบในโรงพยาบาล จำนวน 9 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 3 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 3 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง โดยจะตรวจภายในเฉพาะในรายที่มีปัญหาหรือรายที่มีความเสี่ยงเท่านั้น หากวันใดมีผู้รับบริการจำนวนมากก็จำเป็นต้องนัดผู้รับบริการมาตรวจใหม่อีกครั้ง นอกจากนี้ ยังกังวลเรื่องความสามารถของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยเรื่องการตรวจภายใน หากต้องจัดระบบงานให้ครอบคลุมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

“แผนปีนี้ จะปรับทำเป็นห้อง PV สำหรับเราเลย มันจะเข้าปีงบประมาณ 53 เรายังต้องทำโดย
หมออยู่ดี เพราะเรายังไม่ได้รับการ Train ก็จะ Train เรื่องการตรวจ PV โดยเฉพาะ อย่างเช่นหมอออก
คนเดียว เราก็ช่วย”

“PV บาง Case เฉพาะบางรายที่เป็นปัญหา ตอนนี้อยู่ประสานกับ OPD ให้ OPD ช่วยตรวจให้
ครั้งแรกไม่ได้ประสานทำเอง ทำที่แผนเองก็ทำไม่ได้ ก็เลยประสานกับห้องคลอด ก็ช่วยตรวจให้ แต่
ตอนหลังห้องคลอดก็ไม่ได้ตรวจ เพราะเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ”

2) ปัญหาการนัดตามช่วงอายุของ ANC แนวใหม่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน 4
ครั้งคุณภาพเดิมของกรมอนามัย กล่าวคือ การนัดตามช่วงอายุครรภ์ตามเกณฑ์ของ ANC แนวใหม่ ทำ
ให้การนัดตามเกณฑ์มาตรฐาน 4 ครั้งคุณภาพขาดหายไป 1 ช่วงอายุครรภ์ คือ ช่วงอายุครรภ์ 28
สัปดาห์ ส่งผลทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน 4 ครั้งคุณภาพ เพื่อ
รายงานไปยังส่วนกลาง ซึ่งมีผลต่อการได้รับเงินค่าดำเนินการ แต่ก็ได้แก้ไขโดยเพิ่มช่วงระยะเวลาของการ
นัดหญิงตั้งครรภ์ให้มารับบริการเพิ่มเติมอีก 1 ครั้งในช่วงอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ เพื่อที่จะได้สอดคล้อง
กันทั้งเกณฑ์ 4 ครั้งของ ANC คุณภาพ และ 5 ครั้งของ ANC แนวใหม่

“ไม่แน่ใจกับช่วงระยะเวลาการนัดที่ห่าง ยังไม่มีแบบตายตัว หมายถึงว่า Case by Case อย่าง
ที่พี่บอก เจอ 8 weeks มาปั๊บ จะให้พื้นัดมา 20 weeks เลย พี่ทำไม่ได้นะ พี่ก็จะนัดมา 16 weeks คือ
Pattern ช่วงระยะ คือ มันห่าง Start จาก 12 weeks ไป 20 weeks OK มันไม่ห่าง แต่ถ้าคนไข้มา
ก่อน 12 weeks ละเราไม่ได้พูดถึง เราคิดถึงตัวเค้าตัวเรา ถ้าเราเป็นคนไข้จุดสำหรับมาฝาก โอ้โห
หมอนัดมาอีกที 4 เดือน ตายกันพอดี”

“คิดว่ามีความสุข ไม่เคยเครียด แต่เครียดเรื่องการตรวจ 4 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ยังเอา
ใหม่ เพราะเขابอกว่ายังเป็นหลักอยู่”

3) ปัญหาการพัฒนาทีมงานให้บริการ ANC แนวใหม่ ยังไม่ชัดเจน กล่าวคือ ยังไม่มี
ทีมงานที่สามารถให้บริการในรูปแบบบริการตามเกณฑ์ ANC แนวใหม่ แต่ขณะนี้กำลังแก้ไขปัญหา
โดยมีการประชุมปรึกษาหารือระหว่างทีมงานในโรงพยาบาล คือ แพทย์ เภสัชกร และห้องคลอด
เป็นต้น เพื่อปรับกระบวนการให้บริการตั้งแต่การซักประวัติ Checklist การตรวจภายใน และการ
สนับสนุนยาวิตามิน Calcium และ ไอโอดีน เป็นต้น

“มีปัญหาเรื่องการ *Form* ที่ยังไม่ชัดเจน ในรูปแบบของการให้บริการ จะไม่นับจำนวนครั้งเท่าไร ต้องมานั่งคุยกันอีกที ตั้งแต่กระบวนการ *Check List* และขั้นตอนต่างๆ ในรายละเอียด ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 หรือการตรวจภายในของหมอที่จะทำ การสนับสนุนยาเคลือบฟัน ยาวิตามิน ซึ่งต้องคุยกับเภสัชกร หรือโรงพยาบาลอีก”

4) ปัญหาเกี่ยวกับระบบการลงข้อมูล ได้แก่

ปัญหาการระบบการลงข้อมูลเอกสาร โดยโรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ทำให้ต้องใช้เวลานานมาก

ปัญหาการลงข้อมูลเอกสารในหลายช่องทาง โดยจะต้องเก็บข้อมูลในแบบรายงานหรือทะเบียนทั้งในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใบสั่งยา และสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ซึ่งต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น แต่ขณะนี้ได้หารือกับเจ้าหน้าที่ว่า จะกรอกข้อมูลอย่างไรให้ได้ในครั้งเดียวครอบคลุมเอกสารทั้งหมด

“ห่วงเรื่องการเก็บข้อมูล บางที่เราต้องลงในคอมพิวเตอร์ บางที่มันไม่ *Complete* อย่างที่เราต้องการ ต้องลงทะเบียนทีหนึ่ง เดียวก็ลงในประวัติ แล้วลงในใบสั่งยาอีกทีหนึ่ง อยากจะลงทีเดียว ไม่อยากจะลงอะไรที่มันซ้ำซ้อน ถ้าหากไม่ซ้ำซ้อน เราก็จะมีเวลาเพิ่มมากขึ้น เพราะนอกจากรายงานนี้แล้ว ยังมีทั้งรายงานตามตัวชี้วัด *KPI* ของมารดาและทารก แล้วก็มีรายงานเฉพาะกิจ รายงานของธาลัสซีเมียอีก”

“ปรับเรื่องของคอมพิวเตอร์ใหม่ เปลี่ยนระบบลงข้อมูลใหม่ ต้องคุยทุกหน้าต่างๆ เพื่อทำใบสั่งยาได้ มันก็เลยช้า โดยใช้เก็บข้อมูลทั้งโรงพยาบาล เก็บข้อมูลในส่วนของผู้รับบริการ จำนวนครั้งของการมารับบริการ ในเรื่องของยาทั้งหมด เพราะระบบคอมพิวเตอร์เดิม ไม่ตอบรับรายงานของการถามข้อมูลของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่วนใหญ่กลับมาใช้ระบบนี้ทั้งหมด เรียกว่า *Hospital OS* เพราะจะตอบเรื่องรายงานได้ทั้งหมด ส่ง สสจ. ส่ง กระทรวง จะตอบได้โดยที่จะดึงข้อมูลจากตรงนี้เลยทุกอย่างในเรื่องของยา เรื่องของค่าใช้จ่าย”

5) ปัญหาไม่มีแบบฟอร์มสำหรับการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน กล่าวคือ แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการต่างๆ เช่น แบบฟอร์ม *Classifying Form* หรือแบบฟอร์ม *Checklist* ขณะนี้แต่ละแห่งต้องคิดทำเอง และต่อไปหากต้องใช้ประจำควรอยู่ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

จ. ปัญหาด้านสถานที่พบในโรงพยาบาล จำนวน 16 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 4 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 6 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 6 แห่ง แบ่งเป็น 4 ประเด็น คือ

1) ปัญหาสถานที่ให้บริการคับแคบ และไม่สามารถขยายได้ พบในโรงพยาบาล จำนวน 10 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 2 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 3 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 5 แห่ง ซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรัง แต่ได้พยายามแก้ไขปัญหาโดยจัดมุมให้บริการกิจกรรมต่างๆ ให้ลูกค้ามากที่สุด รวมทั้งของบประมาณสนับสนุนจากโรงพยาบาลในการปรับปรุง ขยาย และต่อเติมสถานที่ให้บริการ

2) ปัญหาขาดสถานที่สำหรับการจัดโรงเรียนพ่อแม่โดยตรง พบได้ใน รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง จึงแก้ไขปัญหาโดยการให้ลูกศึกษาเป็นกลุ่ม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่มาฟังผลเลือด หลังจากมาฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์

3) ห้องตรวจครรภ์อากาศค่อนข้างร้อน อบอ้าว เพราะผู้รับบริการต้องรอนาน ทำให้รู้สึกอึดอัด โรงพยาบาลควรให้การสนับสนุนติดตั้งเครื่องปรับอากาศในห้องตรวจครรภ์ และมีพัดลมตั้งพื้นเพิ่มขึ้นสำหรับผู้รับบริการระหว่างรอรับบริการ พบใน รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง

4) ห้องตรวจครรภ์และห้องตรวจภายในยังไม่เป็นสัดส่วน เนื่องจากพื้นที่จำกัด ค่อนข้างคับแคบ แต่พยายามจัดบริการให้อยู่ในบริเวณเดียวกัน ดังนั้นห้องตรวจภายใน บางแห่งยังใช้มานานห้องซึ่งไม่ค่อยเหมาะสมเท่าใดนัก แต่ขณะนี้ผู้บริหารได้ให้นโยบายสนับสนุนในการปรับปรุงสถานที่แล้ว

1.2 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในคลินิก ANC

การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการครั้งแรก พบว่า ผู้ปฏิบัติงานเข้าร่วมสนทนากลุ่มจาก 5 จังหวัดน่าน ร้อง ใต้ระบุปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานไว้ ดังนี้ (ภาคผนวก 3)

ก. ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ปัญหาความรู้ ความเข้าใจ ต่อกระบวนการทำงาน ANC แนวใหม่ ปัญหาการตรวจภายใน ซึ่งเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ว่า ใครจะเป็นผู้ตรวจ และปัญหาเรื่องความชำนาญในการตรวจวินิจฉัย ปัญหาเรื่องจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอให้บริการที่มีความละเอียดมากขึ้น และใช้เวลาในแต่ละขั้นตอนมากขึ้น ตลอดจนขาดทักษะในบริการตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

ข. ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ทักษะของผู้รับบริการไม่คุ้นเคยกับการตรวจภายในขณะตั้งครรภ์

ค. ด้านวัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือต่างๆ ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลางให้พร้อมเพรียง ทำให้การดำเนินงานมีข้อติดขัดไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

ง. ด้านการบริหารจัดการระบบ ANC แนวใหม่ ได้แก่ การจัดเก็บข้อมูลเพิ่มขึ้น การเตรียมความพร้อมเรื่องงบประมาณเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายต่างๆ จากการจัดบริการ การจัดระบบบริหารจัดการใหม่ที่แตกต่างจากเดิม รวมทั้งการทำความเข้าใจแก่เครือข่าย ได้แก่ สถานีอนามัย ซึ่งจะต้องให้บริการ ANC ที่เชื่อมโยงกันได้ เนื่องจากอยู่ใน CUP (Contracting Unit for Primary Care) เดียวกัน

จ. ด้านการสนับสนุนจากผู้บริหาร ส่วนใหญ่ระบุว่าได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีในด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ยกเว้นบางแห่งที่ผู้บริหารไม่สนับสนุนให้ดำเนินงาน นอกจากนั้น ผู้ปฏิบัติงานต้องการสนับสนุนด้านวิชาการจากส่วนกลางอย่างสม่ำเสมอ

สำหรับการติดตามประเมินผลโครงการ ครั้งที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานเข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 85 คน ได้กล่าวถึงปัญหาอุปสรรคที่ยังมีอยู่ ได้แก่

ก. ด้านผู้ให้บริการ แบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ประกอบด้วย

1) ปัญหาความขาดแคลนเจ้าหน้าที่ให้บริการ พบในโรงพยาบาล จำนวน 9 แห่ง เป็น รพท./รพศ. จำนวน 3 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 5 แห่ง กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการที่มีจำนวนมาก ต้องขอกำลังเสริมจากหน่วยอื่นมาเพิ่มในวันที่มีคลินิก ANC และบางแห่งเจ้าหน้าที่โยกย้ายบ่อย ทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่อง ขณะนี้หลายแห่งเริ่มคุ้นเคยกับระบบ ANC ใหม่ จึงทำให้การทำงานราบรื่นขึ้น

“ตอนแรกใจไม่รับมาก รับครั้งไม่รับครั้ง ตอนนี้อยู่สึกจะเข้าล็อก เมื่อก่อนมันใหม่ ยังติดขัดอันเก่า ที่นี้ดำเนินการมานานแล้ว เริ่มเข้าที่เข้าทาง มันก็เลยจะเริ่มคล่องตัว”

“บุคลากรมีการปรับเปลี่ยนหมุนเวียนบ่อย แต่ก็ยังดีที่มีบุคลากรประจำอยู่ 3 คน ทำหน้าที่ซักประวัติ 1 คน ทำหน้าที่ช่วยกันตรวจครรภ์ 2 คน แต่มีเพียง 1 เดียง หากได้บุคลากร คือ พยาบาล วิชาชีพมาช่วยตรวจครรภ์อีก 1 คน และได้เดียงอีก 1 เดียงก็จะดี”

2) ปัญหาขาดแคลนแพทย์ทั่วไปและเฉพาะทาง พบในโรงพยาบาล จำนวน 2 แห่ง เป็น รพช. ขนาดใหญ่ และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่งเท่ากัน กล่าวคือ ขาดสูติแพทย์ และแพทย์มีจำนวนน้อย ทำให้ผู้รับบริการต้องรอรับบริการเป็นเวลานาน เนื่องจากแพทย์ต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกก่อนที่จะมาตรวจในคลินิกฝากครรภ์

“ต้องรอหมอทั่วไปตอนเช้า หมอต้องออก OPD ตอนเช้า หญิงตั้งครรภ์ต้องรอนาน แต่ระหว่างรอก็ให้ความรู้ ระหว่างที่รอแพทย์ ก่อนประมาณ 1 ชั่วโมง”

“บุคลากรน้อย คุณหมอน้อย ต้องรอ ทำให้เราติดขัด”

3) ปัญหาการตรวจภายใน พบในโรงพยาบาล จำนวน 9 แห่ง เป็น รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 6 แห่ง กล่าวคือ โรงพยาบาลบางแห่งจะดำเนินการเฉพาะบางราย โดยแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจเป็นรายๆ ไป ซึ่งการแก้ไขปัญหานี้เป็นไปได้ยาก เนื่องจากอำนาจการตัดสินใจอยู่ที่แพทย์และผู้บริหาร หากว่าไม่ให้ความสำคัญในการตรวจภายใน ก็จะดำเนินการได้ยาก บางแห่งได้อบรมพยาบาลเป็นผู้ตรวจเนื่องจากแพทย์มีจำนวนน้อย และต้องทำงานหลายหน้าที่ แต่พยาบาลยังไม่มี ความมั่นใจในการตรวจและเกรงว่าจะเกิดปัญหาต่างๆ ขึ้นในภายหลัง

“แต่ปัญหาตอนนี้ที่เจอในแนวใหม่ คือ ที่จะต้องมีตรวจภายในนี้แหละคะ ที่ไม่ค่อยได้ทำ เนื่องจาก หนึ่งอาจจะไม่มั่นใจ สองเจ้าหน้าที่อาจจะไม่พอ เพราะคนๆ เดียวคะ ทั้งตรวจครรภ์ และตรวจภายใน ปกติตรวจครรภ์ก็ 2 คน ช่วยกัน แต่บางวันก็ไม่อยู่สองคน บางวันมีคนหนึ่งไปประชุมอบรม หรือว่าลา ก็จะอยู่คนเดียว”

“การตรวจภายในว่าใครจะเป็นผู้ทำ ระหว่างแพทย์หรือพยาบาล หลังจากอบรมแล้วจากจังหวัด ขอให้พยาบาลช่วยทำไปก่อน ขณะนี้มีความมั่นใจ ช่วยกันทำงาน ส่วนเรื่องของการทำงาน ขณะนี้ค่อนข้างคุ้นเคยต่อระบบการทำงานดีขึ้น”

4) ปัญหาภาระงาน เนื่องจากมีผู้ให้บริการจำนวนน้อย แต่ผู้รับบริการจำนวนมาก และต้องใช้เวลามากกับรายใหม่ ของระบบ ANC แนวใหม่ แต่ละรายอาจใช้เวลาถึง 1 ชั่วโมง และเป็น One Stop Service จึงใช้เวลานาน นอกจากนั้น หน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องยังรู้สึกเป็นภาระอีกด้วย

ปัญหาดังกล่าวข้างต้น โรงพยาบาลหลายแห่งได้ปรับปรุงแก้ไข เช่น

ปัญหาการจัดการระบบให้บริการในโรงพยาบาล เดิมเจ้าหน้าที่ทำงานยังไม่เป็นระบบ ไม่มีการแบ่งหน้าที่ แพทย์ต้องตรวจทั้ง ANC และห้องคลอด บางแห่งได้เพิ่มแพทย์อีก 1 คน เพื่อตรวจ ANC แนวใหม่โดยเฉพาะ และการมอบหมายของบุคคลในแต่ละจุดบริการ โดยให้หัวหน้าเป็นผู้กำกับดูแล โดยยึดหลักการทำงานเป็นทีม

ปัญหาความรู้และความเข้าใจใน ANC แนวใหม่ไปสู่การปฏิบัติ เนื่องจากในบางโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่จะหมุนเวียนกัน และมีผู้ปฏิบัติงานใหม่เข้ามา หรือบางครั้งผู้ปฏิบัติงานในคลินิก ANC ติดภารกิจ ก็จะเจ้าหน้าที่จากห้องคลอดมาช่วย เป็นต้น โดยหัวหน้าจะคอยตรวจสอบดูแล หรือในโรงพยาบาลบางแห่งใช้ระบบการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ตั้งแต่ห้องบัตรจนถึงผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการทั้งหมด รวมทั้งสถานีนอกรีต จึงใช้การประชุมหารือ และนิเทศงาน เพื่อทำความเข้าใจ

ข. ด้านผู้รับบริการ แบ่งออกเป็น 5 เรื่อง ประกอบด้วย

1) ปัญหาด้านจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้รับบริการถูกส่งต่อมาจากคลินิก และสถานอนามัยที่อยู่นอกเขต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่เป็น High Risk จึงต้องมีการจัดระบบให้กับสถานอนามัย ดูแลผู้รับบริการกรณีที่เป็น Low Risk และนอกจากนั้น บางโรงพยาบาลมีผู้รับบริการที่เป็นชาวต่างประเทศเข้ามา ANC ในประเทศไทย ซึ่งยังให้บริการแนวเดิม

“คนไข้ยังมารู้นี่เยอะ หัตถการก็เยอะ ของเราจะรับจากนอกเขต มีทั้งชาวต่างประเทศ และอำเภอใกล้เคียง มีทั้งที่มาจากนอกเขตอำเภอ นอกเขตจังหวัด ประเทศเพื่อนบ้านก็เยอะ”

2) ปัญหาการใช้ระยะเวลาในการตรวจงาน ผู้รับบริการต้องใช้ระยะเวลาในการรับบริการในการตรวจครรภ์นานขึ้น เนื่องจากมีเอกสารที่เจ้าหน้าที่ต้องลงหลายฟอร์ม แต่ปัจจุบันได้ปรับปรุงโดยทำงานเอกสารหลังคลินิกปิดให้บริการ ในขณะเดียวกัน ต้องทำให้ผู้รับบริการรู้สึกละเลยที่ได้รับจากการมาตรวจนี้มีประโยชน์

“คนไข้บอกว่ารอนาน ยังบ่นอยู่ ยิ่งรายใหม่ยิ่งนาน พอคราวนี้เราสอนหลายเรื่อง เช่น การให้ความรู้การตรวจเลือดก่อนแต่งงาน เวลาคนไข้เข้ากลุ่มในแต่ละช่วง คนไข้ก็บอกว่านาน คนไข้ใหม่ครั้งหนึ่งไม่ต่ำกว่า 20 นาที”

“คนไข้บอกว่าเวลารอคอยนาน เนื่องจากต้องทำอะไรหลายอย่าง แต่ก็ได้อธิบายให้เข้าใจ ตอนนี้อย่างไม่เห็นความแตกต่างว่าจำนวนคนไข้ลดลงหรือไม่ ต้องรออีกสักกระยะจึงจะมองเห็นการเปลี่ยนแปลง”

3) ปัญหากับความไม่เข้าใจในระบบบริการ ผู้รับบริการยังคงเคยชินกับระบบนัดแบบเดิม และยังไม่เข้าใจ และไม่คุ้นชินกับการนัดหมายในการนัด ANC ระบบใหม่ โดยนำเอาระบบนัดแบบเดิมกับ ANC แนวใหม่มาเปรียบเทียบกัน ทำให้เกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้ ผู้รับบริการบางคนยังไม่เห็นความสำคัญของการนัดหมายเพื่อมาตรวจครรภ์ จึงแก้ไขปัญหาโดยจัดระบบการให้สุขศึกษารายบุคคล และในบางกรณีที่ไม่มาตามนัด ก็จะติดต่อประสานงานให้ อสม. ในชุมชนดำเนินการเชิญบ้าน และติดตามมารับบริการ หรือในบางรายก็จะโทรศัพท์ติดตามให้มารับบริการตามเวลาที่นัดหมาย

“คนไข้เขาจะวิตกกังวลอยู่ ว่าทำไมเรานัดห่าง แต่ก็มีคนบอกว่าดีที่มาน้อย บางตนวิตกกังวลว่าลูกดินน้อยลง วิธีการแก้ไขคนที่ไม่เคยนัดห่าง เจ้าหน้าที่จะอธิบายว่า ตามองค์การอนามัยโลก ถ้าพิสูจน์มาแล้วว่าคุณภาพไม่แตกต่าง และคนไข้ก็ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และที่สำคัญคือสามารถมาก่อนวันนัด และโทรปรึกษาได้”

“คนไข้ไม่มีข้อกังวลเรื่องการนัด และโรงพยาบาลให้เบอร์โทรศัพท์ สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา นั้น ช่วงแรกได้อธิบายให้เข้าใจก่อน และตอนนี้จำนวนผู้รับบริการ Low Risk ลดน้อยลง”

“มีปัญหาความเข้าใจ แต่ดีขึ้นกว่าช่วงแรกๆ มาถึงช่วงนี้ก็โอเค เข้าใจกันมากขึ้น เป็นแบบเดียวกัน เราคาดว่าจะพบแพทย์ตรงไหน จะต้องทำอะไรกับคนไข้บ้าง”

“ผู้รับบริการที่มีความรู้ไม่มีปัญหา สนใจที่จะดูแลตนเอง เราบอกถึงประโยชน์กับเค้า เค้าไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อยๆ อาจจะเสียเวลา แต่อาจจะต้องดูองค์ประกอบ และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ด้วย เช่น คนที่มีการศึกษา ความรู้น้อย จะมีความสนใจที่จะดูแลตนเองน้อย”

4) ปัญหาผู้รับบริการไม่ยอมให้ตรวจภายใน เนื่องจากผู้รับบริการอาย และเกรงว่าจะเป็นอันตรายต่อภาวะการตั้งครรภ์ พยาบาลจึงต้องให้คำแนะนำ อธิบายให้เข้าใจถึงประโยชน์ และวิธีการตรวจภายในให้ผู้รับบริการได้เข้าใจ และให้ตัดสินใจอีกครั้งตามความต้องการของผู้รับบริการเอง

“คนไข้ถึง 90% ไม่ยอมทำ PV เพราะอาย แต่บางคนก็ทำแล้ว Screen แล้วเจอตกขาว พบว่าตกขาว จึงยอมให้ทำ PV โดยเฉพาะ Case ปกติ จะบอกว่าอาย เลยไม่ยอม แม้ว่าจะตรวจแล้วก็ตาม”

5) ปัญหาการสื่อสารกับผู้รับบริการ ปัญหานี้ส่วนใหญ่พบในกรณีที่ผู้รับบริการเป็นกลุ่มชนเผ่าที่ยังไม่ค่อยเข้าใจในการสื่อสาร ให้คำแนะนำ และอธิบายในเรื่องขั้นตอนและกระบวนการให้บริการ พยาบาลจึงต้องจ้างล่ามมาช่วยแปลความหมายให้ แต่ก็ยังแก้ไขไม่ได้เท่าที่ควร เนื่องจากล่ามมีไม่พอกับปริมาณคนไข้ที่มีความหลากหลาย

“ปัญหาเรื่องการสื่อสาร ยังแก้ไขไม่ได้จริงๆ ทางโรงพยาบาล มีล่ามแต่ก็ต้องใช้กันทั้งโรงพยาบาล”

ค. ปัญหาด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ แบ่งออกเป็น 2 เรื่อง ประกอบด้วย

1) **ปัญหาด้านวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ** โดยขณะนี้โรงพยาบาลส่วนใหญ่สามารถบริหารจัดการเองได้ แต่ยังมีโรงพยาบาลบางแห่งที่ประสบปัญหาอุปสรรคบ้าง เช่น การจัดหาวิตามินรวมที่มีสารไอโอดีน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ จำพวก Multiple dipstick ที่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลางตามที่เคยแจ้งไว้ และบางแห่งก็ได้รับการสนับสนุนล่าช้า ดังนั้น โรงพยาบาลบางแห่งจึงยังจะต้องใช้ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ยาวิตามิน พร้อมเกลือไอโอดีนมอบให้แก่หญิงตั้งครรภ์แทน หรือการตรวจปัสสาวะแทนการใช้ Multiple dipstick

นอกจากนี้แล้ว บางโรงพยาบาลยังไม่มีความพร้อมด้านเครื่องมือการตรวจครรภ์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องตรวจอัลตราซาวด์ เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ในการตรวจภายใน หรือเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์อื่นๆ เช่น เครื่องฟังเสียงหัวใจเด็ก ซึ่งปัจจุบันคลินิกต้องใช้ร่วมกับห้องคลอด หรือห้องสูติรีเวช ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการของบประมาณสนับสนุนอุปกรณ์เหล่านี้

2) **ปัญหาขาดแคลน สื่อ อุปกรณ์ให้ศึกษา** กล่าวคือ ยังประสบปัญหาเรื่องสื่อการเรียนการสอนที่ยังมีจำนวนน้อยอยู่ เช่นเรื่อง นมแม่ อาหารบำรุงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจะต้องประชุมและวางแผนงบประมาณเพื่อวางแผนจัดหาหรือซื้อเพิ่มเติมต่อไป

ง. ด้านระบบบริหารจัดการ งบประมาณ เอกสาร การสนับสนุน โดยมีประเด็นต่างๆ ดังนี้

1) **ปัญหาการจัดการตรวจภายใน** เดิมมีปัญหาเรื่องไม่ได้ตรวจภายในโดยแพทย์ แต่ปัจจุบันก็ยังไม่ได้มีการตรวจเช่นเดิม แต่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการก็แก้ไขปัญหาดังกล่าวเบื้องต้น โดยจัดระบบวันนัดใหม่ กล่าวคือ กำหนดหนึ่งวันจะนัดผู้รับบริการในรายที่เป็น High Risk เท่านั้นเพื่อจะได้พบแพทย์ ส่วนวันอื่นๆ ที่เหลือเป็นวันนัดสำหรับงาน ANC แนวใหม่ เพื่อจะได้รับบริการอย่างครบถ้วน ซึ่งได้เสนอแนวทางการแก้ไขนี้ต่อคณะกรรมการของโรงพยาบาล

2) **ปัญหาการจำแนกผู้รับบริการระหว่าง Low risk และ High risk** พบว่ายังมีปัญหาการจำแนกผู้รับบริการระหว่าง Low risk และ High risk เพื่อการนัดหมายที่เหมาะสม แต่ก็ได้ใช้สัญลักษณ์เป็นสติ๊กเกอร์สี หรือตรายางปั๊มไว้หน้าปกสมุดบันทึกสุขภาพฯ ซึ่งเป็นการช่วยลดความสับสนในการบริหารจัดการแบ่งกลุ่มระหว่างผู้รับบริการทั้ง 2 ประเภทนี้

3) ปัญหาขาดที่ปรึกษา กล่าวคือ โรงพยาบาลบางแห่งมีข้อสงสัยเรื่องการตรวจร่างกายลักษณะต่างๆ เช่น การตรวจ Wet Smear ของ Discharge จากช่องคลอดควรทำอย่างไร ต้องให้การรักษาเมื่อไร รวมทั้งการรักษาภาวะโลหิตจาง ซึ่งเมื่อพบว่าค่า Hct. น้อยกว่า 33% เล็กน้อย ส่งไปพบแพทย์แล้ว แพทย์บางท่านจะไม่ให้การรักษาก็เกิดความสับสนในการดำเนินงาน จึงขอให้กรมอนามัยจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานให้ชัดเจนและปฏิบัติตรงกัน

“ความคิดเห็นของแพทย์ที่รับ Consult ไม่สอดคล้องกับในคู่มือการปฏิบัติงาน จึงต้องขอให้กรมอนามัยชี้แจงแพทย์ทุกท่านให้เข้าใจตรงกัน รวมทั้งจัดทำคู่มือชี้แจงทุกฝ่ายให้เข้าใจตรงกัน จะได้ให้การรักษาดูแลสอดคล้องกัน”

4) ปัญหาความไม่สอดคล้องระหว่างการนัดระบบ ANC แนวใหม่ กับเกณฑ์ ANC 4 ครั้งของระบบเดิม พบใน รพท./รพศ. จำนวน 1 แห่ง ทำให้มีผลต่อการส่งรายงาน และการจัดสรรงบประมาณดำเนินการต่อหัว เพราะระบบ Computer ของ สปสช. จะไม่รับข้อมูลหากมีความคลาดเคลื่อนของอายุครรภ์ ซึ่งหลายแห่งได้แก้ไขโดยการนัดเพิ่มช่วงนี้อีกครั้ง

5) ปัญหาการรอผลการตรวจจากห้อง Lab ได้แก่ การทำ Hemoglobin Typing เพื่อดูภาวะโลหิตจาง ต้องส่งให้จังหวัด ผลมาค่อนข้างช้า ซึ่งมีผลต่ออายุครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ไม่สามารถแก้ไขได้ทันการณ์ รวมทั้งยังไม่ค่อยมั่นใจเรื่องการใช้ Multiple dipstick เพราะไม่มีประสบการณ์มาก่อน

“มีปัญหาเรื่อง Lab Hb Typing ผลได้มาช้า ไม่อ่านให้เร็ว ตอนแรกเรากำหนด 2 สัปดาห์ บางครั้งมาช้าเป็นเดือน ไม่สามารถทำเองได้ ต้องส่งที่จังหวัด ถ้านานอายุครรภ์ก็เพิ่มขึ้น ก็แก้ไขไม่ได้”

จ. ด้านสถานที่

ปัญหาด้านสถานที่ยังเป็นปัญหาเกือบทุกโรงพยาบาล ยกเว้นในบางโรงพยาบาลที่ได้สถานที่ใหม่หรือห้องตรวจใหม่ที่กว้างขวางขึ้น ได้แก่

1) ปัญหาห้องตรวจครรภ์ไม่เป็นสัดส่วน กล่าวคือ สถานที่ค่อนข้างคับแคบ โดยโรงพยาบาลบางแห่งไม่มีห้องตรวจ PV ที่เป็นของคลินิก ANC เอง ซึ่งต้องเป็นห้องที่มีฉัตรและเป็นสัดส่วน หรือบางแห่งต้องอาศัยการตรวจครรภ์โดยห้องคลอด และตรวจรวมกับแผนกสูติรีเวช ซึ่งไม่สะดวกต่อผู้รับบริการ หากกรณีที่ผู้รับบริการมีจำนวนคับคั่ง ก็จะใช้วิธีการนัดมาอีกครั้งเมื่อมาฟังผลการตรวจเลือด และการเข้าโรงเรียนพ่อแม่

2) ปัญหาสถานที่คับแคบ ขาดเก้าอี้ที่นั่ง และห้องน้ำ กล่าวคือ สถานที่ และห้องตรวจครรภ์ยังมีความคับคั่งทั้งปริมาณของผู้รับบริการและญาติของผู้รับบริการ ดังนั้น โรงพยาบาลบางแห่งจึงต้องใช้วิธีการจัดระบบบริการให้ญาติของผู้รับบริการ นั่งรอเป็นจุดๆ

“สถานที่ มันมีปัญหา จนไม่มีไปแล้ว ซินแล้วละ ปัญหาเดิม เรือร้งมาตลอด แก้อะไรไม่ได้เลย พี่ซินแล้ว เค้ามาประเมินก็ที เค้าว่าไม่เหมาะ บางทีตรวจท้องคนไข้อยู่ เด็กมาเปิดม่านปั๊บบูสถานที่ยืนดูหนึ่งจบเลย ไม่ต้องดูอะไรมาก มุมพัฒนาการเด็กก็ไม่มีอะไรเลย”

“สถานที่มันเหมือนเดิมละ มันไม่รู้จะปรับยังไงแล้ว จะให้ปรับใหม่ก็ปรับไม่ได้ มันต้องเป็นสัดส่วนมากกว่านี้ะที่จริง ตรวจคนไข้อยู่ตรงนี้ จะให้คนไข่นอนเปิดท้องอยู่ตรงโน้น เด็กเปิดที บางทีดูมันไม่เหมาะ เราก็เดินเข้าเดินออก มันไม่เหมาะเลย แต่มันไม่รู้จะแก้อย่างไรแล้ว ก็แค่มาดูคุณภาพการบริการ เราก็โอเคแล้ว แม้ว่าสถานที่มันไม่ได้จริงๆ”

3) ปัญหาสถานที่ให้บริการร้อน ไม่ระบายอากาศ ได้เสนอให้กับผู้บริหารและจะปรับปรุงโดยการติดพัดลมเพิ่ม หรือติดเครื่องปรับอากาศต่อไป

กล่องสรุปที่ 1 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข

1. ปัญหาด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย • ขาดความมั่นใจในการตรวจภายใน • ความสับสน หรือไม่เข้าใจในระบบบริการ ANC แนวใหม่ • อัตรากำลังไม่เพียงพอ ขาดแคลนบุคลากรและแพทย์ • ทักษะของแพทย์เกี่ยวกับการให้บริการ • ความไม่เข้าใจในแบบฟอร์มประเมินความเสี่ยง • ความร่วมมือระหว่างทีมงาน • ภาระงานเพิ่มขึ้น
2. ปัญหาด้านผู้รับบริการ ประกอบด้วย • ความวิตกกังวลของผู้รับบริการ และไม่ต้องการตรวจภายใน • ความหลากหลายของเชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม • ความคับคั่งของผู้รับบริการ • ผู้รับบริการเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น • ผู้รับบริการไม่มารับบริการ • ผู้รับบริการรอคอยนาน
3. ปัญหาด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ประกอบด้วย • ไม่ได้รับการสนับสนุนหรือขาดแคลนเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ และสื่อต่างๆ • ภาระค่าใช้จ่ายด้านเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น
4. ปัญหาด้านระบบบริหารจัดการ งบประมาณ เอกสาร การสนับสนุน ประกอบด้วย • ยังไม่ได้ดำเนินการตรวจภายใน • การนัดตามช่วงอายุของ ANC แนวใหม่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน 4 ครั้งคุณภาพของกรมอนามัย • การพัฒนาทีมงานให้บริการ ANC แนวใหม่ ยังไม่ชัดเจน • ปัญหาเกี่ยวกับระบบการลงข้อมูล • ไม่มีแบบฟอร์มสำหรับการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน • ขาดที่ปรึกษา
5. ปัญหาด้านสถานที่ ประกอบด้วย • สถานที่ให้บริการคับแคบ และไม่สามารถขยายได้ • ห้องตรวจครรภ์อากาศค่อนข้างร้อน อบอ้าว • ห้องตรวจครรภ์และห้องตรวจภายในยังไม่เป็นสัดส่วน ค่อนข้างคับแคบ • ขาดสถานที่สำหรับการจัดโรงเรียนพ่อแม่โดยตรง

สรุป ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ANC แนวใหม่ เปรียบเทียบการประเมินผลครั้งแรก และครั้งที่ 2 พบว่า ปัญหาแต่ละด้านยังคงมีอยู่ แต่ลดขนาดลง เนื่องจากได้ดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเมื่อได้ดำเนินการไประยะเวลาหนึ่งแล้ว ผู้ให้บริการเกิดความคุ้นเคยต่อระบบ ANC แนวใหม่ ทำให้การทำงานคล่องตัวขึ้น นอกจากนั้น การสนับสนุนเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ก็ได้รับครบถ้วนมากขึ้น

ปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจต่อระบบ ANC แนวใหม่ ของผู้ให้บริการได้รับการแก้ไขโดย จังหวัดจัดประชุมปรึกษาหารือบ่อยครั้งขึ้น รวมทั้งการจัดประชุมโดยกรมอนามัย หลังการติดตาม ประเมินผลครั้งที่ 1 ทำให้ผู้ให้บริการได้รับคำชี้แจงข้อสงสัยได้ชัดเจนขึ้นจากวิทยากรหลักของ โครงการ แต่ปัญหาด้านความคิดเห็นที่แตกต่างกันของแพทย์เกี่ยวกับระบบ ANC แนวใหม่ ยังคงมีอยู่

ปัญหาด้านผู้รับบริการเกี่ยวกับความวิตกกังวลเรื่องระยะการนัด การตรวจภายในได้รับการ แก้ไขโดยการสื่อสารให้เข้าใจ และให้ความยืดหยุ่นตามความต้องการของผู้รับบริการ

ปัญหาด้านวัสดุอุปกรณ์คลี่คลายลง เนื่องจากได้รับการสนับสนุนมากขึ้น แต่ปัญหาด้าน สถานที่ยังคงมีอยู่หลายแห่ง แต่กำลังอยู่ในขั้นตอนขยับขยายให้สะดวกขึ้น

ปัญหาที่ระบุเพิ่มเติม คือ การบริหารจัดการ ผู้ให้บริการต้องการมีที่ปรึกษา ในกรณีที่มีข้อ สงสัย รวมทั้งการบูรณาการระบบ ANC แนวใหม่ ในการดำเนินงานปกติต่อไป เพื่อประโยชน์ต่อ ผู้รับบริการ

ส่วนที่ 2 ผลผลิตโครงการด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบ ANC แนวใหม่

2.1 ความพึงพอใจต่อระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ของหัวหน้าคลินิก ANC

การประเมินผลครั้งแรก หัวหน้าคลินิก ANC ร้อยละ 54.3 ของโรงพยาบาลที่เป็นตัวอย่าง มีทัศนคติเห็นด้วยกับระบบ ANC แนวใหม่ ร้อยละ 37.1 มีทัศนคติที่ไม่แน่ใจ และ ร้อยละ 8.6 มีทัศนคติที่ไม่เห็นด้วย โดยมีเหตุผล ดังนี้ (ภาคผนวก 4)

ก. **ทัศนคติเห็นด้วย** ให้เหตุผลว่า ระบบ ANC แนวใหม่ มีประโยชน์ทั้งต่อผู้รับบริการ และ ผู้ให้บริการ กล่าวคือ ผู้รับบริการไม่ต้องลงงานมาบ่อยๆ ทำให้ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมทั้งได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยง ได้รับการตรวจต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ตั้งครรภ์ และได้พบแพทย์ สำหรับด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ มีกิจกรรมให้บริการที่ชัดเจนในแต่ละช่วงอายุครรภ์ และการทำงานด้านอนามัยมารดาเป็นระบบชัดเจนขึ้น

ข. **ทัศนคติไม่แน่ใจ** ให้เหตุผล คือ ยังไม่แน่ใจถึงประโยชน์หรือความแตกต่างของผลลัพธ์ การตั้งครรภ์ระหว่าง ANC แนวใหม่ และแนวเดิม ไม่แน่ใจว่า จะทำให้ภาระงานลดลงจริงหรือไม่ เพราะยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นดำเนินการ และระบบบริหารจัดการยังไม่สมบูรณ์ ต้องติดตามผลอีกระยะหนึ่งก่อน นอกจากนี้ ยังมีความกังวลเกี่ยวกับผู้รับบริการที่ไม่ค่อยสนใจสุขภาพตนเอง อาจละเลยไม่มาพบบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ทันทั่วทั้งที่ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

ค. **ทัศนคติไม่เห็นด้วย** ให้เหตุผลว่า ระบบ ANC แนวใหม่ เป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากมีขั้นตอนการให้บริการต่างๆ มากมาย รวมทั้งการตรวจภายในและการตรวจอัลตราซาวด์

การติดตามประเมินผลโครงการ ครั้งที่ 2 หัวหน้าคลินิกมีทัศนคติต่อระบบ ANC แนวใหม่ ดังต่อไปนี้

ก. ทัศนคติเห็นด้วย

หัวหน้าคลินิก ANC ที่มีทัศนคติเห็นด้วย มีจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ 6 เดือนแรก รวมจำนวน 32 แห่ง จากจำนวน 34 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 94.1 เป็น รพศ./รพท. จำนวน 5 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 11 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 16 แห่ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) **ทัศนคติเดิมเห็นด้วย และยังคงเห็นด้วย** พบในโรงพยาบาลแต่ละระดับ จำนวน 19 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 9 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 9 แห่ง โดยให้เหตุผลดังนี้

- สามารถให้การดูแลผู้รับบริการได้ครอบคลุม ละเอียด และมีคุณภาพมากขึ้น พบในโรงพยาบาล จำนวน 16 แห่ง เป็น รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 8 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 8 แห่ง กล่าวคือ มีการให้ความรู้ ให้สุขศึกษา ให้คำปรึกษาแนะนำ และคำอธิบายแก่ผู้รับบริการ โดยสามารถจัดกลุ่มผู้รับบริการสำหรับการให้บริการได้อย่างชัดเจนมากขึ้น คือ กลุ่มที่เป็น High Risk และ Low Risk ทำให้มีแนวทางสำหรับการให้บริการในแต่ละช่วงอายุครรภ์ที่มีมาตรฐาน เป็นระบบ และสามารถดูแลผู้รับบริการได้เต็มที่ขึ้นตามกิจกรรมที่พึงได้รับในแต่ละช่วงอายุครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้รับบริการกลุ่มที่ภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น โรคโลหิตจาง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรืออื่นๆ ตลอดจนมีส่วนร่วมช่วยในเรื่องของการตรวจสอบ กิจกรรมการให้บริการที่พึงได้รับในแต่ละช่วงอายุว่าครบถ้วนหรือไม่ หากอะไร (Recheck) ก็จะได้สามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้องดีขึ้น

“ในส่วนตัวคิดว่าควรทำ เพราะว่าจะมีการกำหนดมาตรฐานใน ANC แนวใหม่ อย่างน้อยเราก็มี Guideline, Classifying Form ให้เราซัก คือ ถ้าไม่มีมาตรฐาน มันก็ทำสะเปะสะปะ แล้วแต่เรานึกถึงอะไร มีกิจกรรมที่ทำให้เรา Check ได้ บางที 12 สัปดาห์ 20 26 32 38 เราก็ไล่ได้เลยว่าเราทำอย่างนี้ บางทีเมื่อก่อนจะเลือกครั้งที่สอง ลืม ถ้ายุ่งๆ ก็ยิ่งตก มันเป็นตัวที่ทำให้เรา Run งานได้ง่ายขึ้น”

“น่าจะให้ทำเหมือนกันทุกจังหวัดทั่วประเทศ เพราะว่า อย่างเช่น คนไข้ที่ฝากมาจากกรุงเทพฯ คนไข้ไปที่ไหนก็ช่าง เขาก็จะได้รับแบบนี้ ถ้าเป็นระบบเดียวกัน ก็เราสามารถ Run รายการระบบเหมือนกัน ไม่ว่าคนไข้มาจากไหน เราก็จะได้ไม่ยุ่งยากในการทำ แล้วก็ทำเหมือนกัน ก็อยากให้คนไข้ได้ยาที่ดีเหมือนกัน”

“ทำงานได้ Smooth ขึ้น ไม่ต้องแก้ปัญหามาก ช่วงหลัง ความผิดพลาดของงานน้อยลง ช่วงแรกอาจไม่ชัวร์ตอนเข้าโครงการ ตอนนี้อย่างมั่นใจ มั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น ดูแลคนไข้ได้ตรงประเด็น จากการคัดกรองภาวะเสี่ยงแต่แรก สามารถแจ้งคุณแม่ได้ทราบเลยว่า มีความเสี่ยงอะไรที่จะเกิดขึ้นได้ สามารถอธิบายให้คุณแม่ทราบเลยว่า มีปัญหาอะไร หากเกิดกรณี Dead จะได้ไม่มีเรื่องร้องเรียน หรือฟ้องร้อง”

“หนูว่ามันใช้ได้ หนูว่ามันเหนื่อยน้อยลง แล้วเรามีเวลาดูแลคนไข้ แล้วหนูก็ยืนยันว่าหนูคุ้นเคยกับคนไข้ หนูมีโทรศัพท์กับคนไข้ทุกวัน เพราะเราอยู่ด้วยกันนาน เราสร้างความคุ้นเคยได้นาน และเราบอกในสิ่งที่มีประโยชน์ ทุกอย่างใช้กระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ จบเลย หนูว่าสอนได้ทุกอย่ง ยิ่งใช้เส้นทางลูกรัก ทุกไตรมาสของเส้นทางลูกรัก เราจะสอนได้ทุกอย่ง เรื่องดูแลเต้านม นับลูกตื่น การกินอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ ได้หมดเลย เอาเส้นทางลูกรักเป็นบันไดในการสอน”

“เราภูมิใจมาก คือ โรงเรียนพ่อแม่ เดิมที่เราไม่มีโอกาสที่จะสอนอะไร วันไหน ยังไง แล้ว คนไข้มาเต็มเราจะสอนยังไง พอเรานัดวัน นัดคนไข้มาแล้วให้อะไรกับคนไข้ คนไข้เขารู้สึกว่าไม่เคย รับบริการอย่างนี้จากที่ไหนเลย เข้าเอกซเรย์ไม่เห็นจะพูดอะไร เอรารู้สึกว่ามันมีคุณค่าจริงๆ ตอนแรกดู เหมือนยุ่งยาก แต่ทำท่าย พอมันทำได้ มันก็ไม่เห็นมีอะไร มันก็ดีกับคนไข้ ดีที่เราจะได้ Screen คนไข้ ดีที่เราจะให้เวลากับคนไข้มากขึ้น พูดคุยกับเขามากขึ้น”

- ช่วยลดภาระงานในแต่ละวัน พบในโรงพยาบาล จำนวน 7 แห่ง เป็น รพช. ขนาด ใหญ่ จำนวน 4 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง เนื่องจากสามารถลดจำนวนครั้งการมาที่ โรงพยาบาลของผู้รับบริการ ส่งผลทำให้จำนวนผู้รับบริการปริมาณลดน้อยลง ทำให้สามารถบริหารจัดการ ในเรื่องขั้นตอนและกระบวนการให้บริการได้ทันเวลา มีคุณภาพ และทำงานอื่นๆ ได้ตามปกติ มากขึ้น

“ทำค่ะ เพราะว่า พวกกันตรงๆ ก็คือ เพราะเราทำแล้ว 1 ปี ทุกอย่างยังเหมือนเดิม แต่งานเรา ลดลงมาก ปริมาณผู้รับบริการเราลดลงมาก แล้วเรามีโอกาส มีเวลาเหลือที่เราจะให้ผู้รับบริการที่มี จำนวนน้อยในเรื่องคุณภาพ ผลลัพธ์ของเรา 1 ปีที่ผ่านมา งานของเราลดลงจริง เห็นได้ชัดเจนจาก 1,600 ครั้งที่เราต้องดูแลคนไข้ต่อ 1 ปี ลดลงเหลือ 1,200 ครั้งต่อ 1 ปี เห็นได้ชัดว่า ลดได้จริงๆ ผู้รับบริการที่ไปตลอดมาแล้ว ยังคงมีมาตรฐานเดิม”

“เยี่ยม หนูว่าเยี่ยม ลดคนไข้มาโรงพยาบาล คนไข้จะบอกว่า ดีที่ไม่ต้องมาบ่อย แต่หนูจะย้ำ ว่าให้มาทันที หากมีข้อสงสัย”

- ผู้รับบริการได้ประโยชน์ในกิจกรรมการให้บริการ และพึงพอใจในบริการที่ได้รับ พบในโรงพยาบาล จำนวน 18 แห่ง เป็น รพช./รพท. จำนวน 1 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 8 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 9 แห่ง กล่าวคือ ผู้รับบริการได้รับประโยชน์จากการคัดกรองภาวะเสี่ยง และได้รับการดูแลที่ครอบคลุมขึ้น เช่น การตรวจปัสสาวะ ทำให้สามารถค้นพบ Asymptomatic Bacteriuria มากขึ้น ซึ่งจะทำให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น ผู้รับบริการยังได้รับความรู้ความเข้าใจ มีความสนใจในการดูแลเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น รวมทั้งช่วยประหยัด และลดภาระค่าใช้จ่ายการเดินทาง สำหรับผู้รับบริการได้ เนื่องจากไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทางมารับบริการบ่อยๆ

“ก็เห็นด้วยในการดำเนินงานตรงนี้ เพราะหนึ่งเราทำไป คือ ผลลัพธ์ได้กับคนไข้ คนไข้ที่มาหาเราพึงพอใจ คุณหมอตรวจดี คือเค้าจะบอกว่ามาตรวจที่โรงพยาบาลได้ครอบคลุม ชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง คุณหมอแนะนำในเรื่องนมแม่ มีการโทรศัพท์ติดต่อประสาน คือ ระยะทางมันห่างเยอะ มัน ภาวใจอยู่ว่าคนไข้คนนี้ก็กลับไปแล้วจะเป็นอย่างไร”

“คนไข้ได้ประโยชน์ตรง PV ซึ่งของเค้าจะไม่เคยตรวจ ที่ผ่านมาก็ตรวจพบเชื้อรา เรายังจะได้ Detect ได้ดีขึ้น ปัญหาช่องคลอดมีกลิ่นเหม็น คนไข้ไม่พูด ไม่ Complain เรายัง Lost ไป แต่เราก็ได้บอก เขา มีโรงเรียนพ่อแม่ให้สามีภรรยาเข้ามาเข้าทั้งสองคน”

“คนไข้ได้ประโยชน์ ส่วนใหญ่ คนไข้เค้าจะโทรมา Consult วันนี้ลูกไม่เดิน ถ้าปวดท้อง ต้อง มาหาหมอ เป็นยังไง คนไข้รู้ว่าผิดปกติ จะโทรมาหา ที่รับ เมียผมผิดปกติ จะทำยังไง มาหาหมอดีไหม”

“ดีนะคะ ดีว่ามันลดค่าใช้จ่ายคนไข้ แล้วอีกทีสองก็คือ เราสามารถวางแผนได้ว่า คนไข้จะมา ช่วงนี้ก็ขึ้น กับการวางแผนเจ้าหน้าที่”

“คนในเมือง มีอาชีพค้าขาย มาบ่อยๆ ก็จะเสียเวลา เคยถามคนไข้เค้าก็บอกว่า สะดวกดี ประหยัดในส่วนของผู้รับบริการ สามารถโทรศัพท์มาปรึกษาสื่อสารได้ง่าย น่าจะขยายผล เพราะอย่างหนึ่งลดเวลา ลดวันของผู้รับบริการ ประหยัดค่าใช้จ่าย ค่าพาหนะของผู้รับบริการ ลดเวลาการ ประกอบอาชีพ เค้าก็ไม่ต้องเสียเวลามาก”

“เท่าที่สอบถาม เขาว่าดีในเรื่องของการไม่ต้องมาบ่อย เห็นว่ามีประโยชน์ คนไข้ได้รับการ ที่ครอบคลุมกว่าเดิม คนไข้ก็ไม่ต้องมาบ่อยเหมือนเมื่อก่อน”

- เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ครบถ้วน คือ มีความพึงพอใจเกี่ยวกับเครื่องมือและ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่มีอยู่อย่างครบถ้วนในโรงพยาบาล เช่น เครื่อง Ultrasound เครื่อง Drop Tone และ เครื่อง NST ซึ่งพบในโรงพยาบาล จำนวน 9 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 5 และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง

- ผู้บริหารให้ความสำคัญและเห็นประโยชน์ของการพัฒนาระบบ ANC แนวใหม่ พบในโรงพยาบาล จำนวน 18 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 9 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 8 แห่ง คือ ผู้บริหารให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ เนื่องจากเห็นว่าเป็นนโยบายระดับจังหวัด จึงให้การสนับสนุนตั้งแต่ระดับนโยบายการทำงาน เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ต่างๆ จำพวกยาวิตามินรวม Multiple Dipstick เครื่องปรับอากาศ โทรทัศน์ เตียงสำหรับตรวจภายใน วัสดุอุปกรณ์เกี่ยวกับสำหรับตรวจภายในทั้งหมด และอุปกรณ์ในการตรวจฟัน เป็นต้น นอกจากนี้แล้ว ผู้บริหารยังได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการผู้รับบริการ รวมทั้งให้อิสระทางความคิดและอิสระในการทำงานแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เน้นแต่เพียงที่ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการทำงานเท่านั้น

“สนับสนุนเต็มที่ ถ้ากรมอนามัยไม่ส่งมา ไม่เพียงพอ ทางโรงพยาบาลก็จัดซื้อ แต่เราอาจจะไม่ได้ตรงตามที่กรมอนามัยจัดให้ เพราะงบประมาณสูง”

- การประสานงานระหว่างทีม ANC กับทีมงานอื่นๆ ในโรงพยาบาลค่อนข้างดี พบใน รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง กล่าวคือ ผู้บริหาร สูติแพทย์ ทีมงานห้องคลอด และหลังคลอด ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือ และให้คำแนะนำ (Feedback) ในกระบวนการให้บริการเป็นอย่างดี เช่น การตรวจภายใน การให้วัคซีน เป็นต้น

- ได้พัฒนาตัวเอง ได้เรียนรู้วัฒนธรรม และความรู้ใหม่ๆ พบในโรงพยาบาล จำนวน 2 แห่ง เป็น รพช. ขนาดใหญ่ 1 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก 1 แห่ง กล่าวคือ ผู้ให้บริการได้พัฒนาตัวเอง ได้เรียนรู้วัฒนธรรม และความรู้ใหม่ๆ รวมทั้งได้รับรู้และวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลคนไข้ ตลอดจนได้รู้แนวทางในการทำงานเชิงรุกมากขึ้น เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

2) ทักษะเดิมไม่แน่ใจ เปลี่ยนเป็นเห็นด้วย พบในโรงพยาบาลแต่ละระดับ จำนวนทั้งสิ้น 12 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 4 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 6 แห่ง โดยให้เหตุผลดังนี้

- เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจ เข้าใจในการทำงาน และระบบบริการมากขึ้น พบในโรงพยาบาล จำนวน 4 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 3 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจ เข้าใจในการทำงาน และระบบบริการมากขึ้น โดยสามารถให้คำอธิบายให้แก่ผู้รับบริการได้รับความเข้าใจได้มากขึ้น เช่น การตรวจภายใน เป็นต้น

“ดีขึ้นก็นิดหน่อยนะ ถ้าถามก็ยังหนาวๆ ร้อนๆ นะ แต่เรายังไม่รู้ว่าจะอะไรเกิดขึ้น ถ้าเกิดขึ้นก็จะเสียเลย แต่ถ้าเป็นนโยบายของกรมอนามัยลงมาเลย ประกาศให้ประชาชนทั่วประเทศรู้ มันก็จะโอเคมากกว่า เราก็จะมีโอกาส *Protect* ทำงานมาปีกว่าแล้วก็ดีขึ้น ตัวเอง แต่ก็ดีขึ้นกว่าเก่าเยอะ มีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น เหมือนกับว่าคนไข้ใส่ใจตัวเอง ดูแลตัวเองได้ สนใจสุขภาพตัวเอง ใน ANC แนวใหม่ สามารถพูดกับเค้าได้เลยว่า ตัวเค้าจะดูแลตัวเองได้ดีกว่าหม่อีก มันก็จะไม่ค่อยมีปัญหาอะไรกลับมา”

“ถ้าถืออย่างนี้ ก็โอเค 80% พอเริ่มศึกษาจริงๆ เราก็เข้าใจขึ้นว่า มองครั้งแรก เราก็เหมือนกับคนอื่นๆ ทั่วไป เราก็มองว่า แบบว่าเพิ่มภาระให้เรา เราจะต้องคิดแยก แต่จริงแล้วมันก็เหมือนกับการฝากครรภ์ธรรมดา แต่ต้องแยก *Low Risk* และ *High Risk* ออกให้ได้ เมื่อแยกระบบการนัดจะเป็นตัวบอกเราเอง ลดจำนวนคนไข้ที่ไม่เสี่ยงมาโรงพยาบาลน้อยหน่อย”

- สามารถให้การดูแลผู้รับบริการอย่างเป็นระบบมากขึ้น และเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ พบในโรงพยาบาล จำนวน 4 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 2 แห่ง กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถให้การดูแลผู้รับบริการอย่างเป็นระบบมากขึ้น และเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ โดยสามารถแยกกลุ่มผู้รับบริการระหว่าง *Low Risk* และ *High Risk* ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี ส่งผลทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีเวลาในการพูดคุย ให้คำปรึกษาแนะนำ และดูแลผู้รับบริการได้อย่างเป็นระบบและมีรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น เช่น การตรวจแล็บ และอัลตราซาวด์ทุกราย

“ดีขึ้น ก็คือ เมื่อก่อนนี่คล้ายๆ เวลาค้นคนไข้ คนท้องมาเยอะ 40 50 60 คน เราก็ต้องรีบทำ ทำ ทำ เพื่อจะได้ *Flow* คนไข้ได้เร็ว เวลาที่จะพูดคุย นั่งอธิบาย คนไข้ที่มีปัญหาเราก็อธิบายได้ไม่นาน แต่พอหลังๆ คนมารับบริการน้อยลง เราก็มีเวลาพูดคุยกับเค้ามากขึ้น ก็คือ เหมือนกับตรวจไปก็คุยไป ถ้ายังไม่เสร็จก็มานั่งคุยต่อ น่องคนนึงก็ประมาณ 10 นาที แต่ถ้าคนไหนมีปัญหาเยอะหน่อย ก็ 15 นาที มีเวลาพูดคุยกับเค้ามากขึ้น กับเราได้สร้างสัมพันธ์ภาพ ก็โอเค”

“มีรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น หนูคิดว่ามันดี เพราะส่งเสริมการทำงานคุณภาพที่โรงพยาบาลจะ ทำ HA ทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยมันตรวจเช็คได้ง่ายขึ้น คือ ถ้าถามทีมงาน เขาก็โอเค ดูทิศทางมันโอเคกว่ารูปแบบเดิม”

- ช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน พบในโรงพยาบาล จำนวน 6 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 5 แห่ง กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานได้คล่องตัวขึ้น ซึ่งส่งผลทำให้มีเวลาให้บริการที่มีคุณภาพ และมาตรฐานเพิ่มขึ้น โดยเมื่อผู้รับบริการมีจำนวนน้อยลง ก็มีเวลาที่จะสามารถคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ และให้การดูแลผู้รับบริการได้เพิ่มมากขึ้น

“ไม่ได้เพิ่มภาระ ตอนแรกเป็นเรื่องปกติของคนเราที่จะต่อต้านการเปลี่ยนแปลง จริงๆ แล้วมันก็โอเค ไม่จำเป็นต้องมาทุกอาทิตย์ ซึ่งมันถี่มาก ความรู้สึกเรา คนไข้ก็เหมือนกัน อาทิตย์เดียวมาอีกแล้ว ยังไม่คลอดเลย ขนาด 39 สัปดาห์ ยังไม่เจ็บเตือน ท้องป็นหรือเปล่า ยังไม่มีเลย ไม่รู้จะทำอะไร”

“ไม่ยุ่งมาก งานเบาลง ความวุ่นวายของคลินิกน้อยลง เพราะผู้รับบริการของเราเริ่มน้อยลง แล้วก็มีเวลาคูยกับผู้รับบริการ เหมือนกับว่าเรามีสติ เรามีเวลาคูยหน่อยนึง พอคนไข้หน่อยลง เราก็คอยยึดเยื้อได้ ไม่ลุลคน”

“เป็นประโยชน์ต่อทั้งเจ้าหน้าที่และคนไข้ มันไม่หงุดหงิดเท่าไร เพราะคนไข้มันลดลง ผู้ให้บริการได้ทำงานเต็มที่”

- ลดจำนวนครั้งของการมารับบริการของผู้รับบริการ เนื่องจากไม่ต้องลงงานมารับบริการบ่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างหรือผู้ที่ทำงานโรงงาน พบในโรงพยาบาล จำนวน 5 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 2 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง

- ผู้รับบริการมีความสนใจ และเอาใจใส่ในการดูแลตนเองได้มากขึ้น ซึ่งพบใน รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง

“ลดค่าใช้จ่าย คนไข้สามารถดูแลตนเองได้ คนไข้ชอบ อาจจะเสียเวลารอนาน แต่มีข้อมูลให้กับคนไข้มากกว่าการรอ มีประโยชน์กับเค้ามากกว่า โดยเฉพาะคนงาน ประกันสังคม เค้าจะวางแผนแลกรวมตรวจในเดือนต่อไป”

- โรงพยาบาลมีความพร้อมในเรื่องเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ ยาวิตามินรวม และ Multiple Dipstick เป็นต้น ซึ่งพบในโรงพยาบาล จำนวน 4 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง

- ผู้บริหารให้การสนับสนุนเต็มที่ พบในโรงพยาบาล จำนวน 10 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 3 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 6 แห่ง กล่าวคือผู้บริหารให้การสนับสนุนเต็มที่ เนื่องจากให้ความสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ ANC แนวใหม่ และได้รับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนทุกๆ เรื่อง ตั้งแต่ระดับนโยบาย วัสดุอุปกรณ์ และเรื่องอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ ขาวิตามินรวม และเครื่องมือ Speculum เป็นต้น

“ไม่มีอะไร สิ่งไหนที่มีความจำเป็นที่เราเห็นประโยชน์ ผู้อำนวยการจะ Concern เรื่องนี้ทุกเรื่อง ไม่ใช่เฉพาะ ANC แนวใหม่ เรื่องอื่นๆ ไม่มีปัญหาอะไร”

3) ทศนคติเดิมไม่เห็นด้วย เปลี่ยนมาเป็นเห็นด้วย พบได้ใน รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง โดยให้เหตุผล ดังนี้

- เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาตัวเอง และได้รับความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้บริการให้คลินิกฝากครรภ์ เช่น เบื้องต้นต้องให้บริการอะไรแก่ผู้รับบริการ หรือช่วงอายุครรภ์เท่าไรต้องให้บริการอะไรบ้าง เป็นต้น

- ผู้รับบริการได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัว ซึ่งทำให้สามารถดูแลตัวเองได้ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการนับลูกดิ้น เป็นต้น

- ผู้รับบริการได้รับการบริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตามแต่ละช่วงอายุของการรับบริการ รวมทั้งได้รับยาวิตามินต่างๆ ด้วย

- ผู้บริหารของโรงพยาบาลให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ในทุกเรื่อง ตั้งแต่เรื่องนโยบาย การทำงาน การปรับปรุงหรือขยายขยายสถานที่ให้บริการ และการสนับสนุนยาวิตามินให้เพียงพอทั้งแก่ผู้รับบริการรายเก่าและรายใหม่

“คนไข้ ก็จะได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัว ดูแลตัวเองได้ ก็จะดี呀 ได้เกลือ ได้รับการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน บางทีเราอาจให้ความรู้เค้าเพิ่มมากขึ้น เราให้ Health Education ดี เราอธิบายกับเค้าว่า ได้รับความรู้เพิ่มขึ้นนะ แต่ต้องใช้เวลานานขึ้นนะ”

ข. ทักษคติไม่แน่ใจ

หัวหน้าคลินิกที่มีทัศนคติไม่แน่ใจ มีจำนวนลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับจาก 6 เดือนแรก โดยพบใน รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) **ทัศนคติเดิมไม่แน่ใจ และยังคงไม่แน่ใจ** พบใน รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง กล่าวคือ เดิมมีทัศนคติไม่แน่ใจ หลังจากที่ได้ดำเนินงานมาแล้วอีก 6 เดือน ก็ยังคงมีทัศนคติไม่แน่ใจเช่นเดิม เนื่องจากเหตุผลดังนี้

- ผู้รับบริการยังไม่ค่อยมั่นใจในระบบบริการ ANC แนวใหม่เท่าที่ควร เนื่องจากยังไม่มีความมั่นใจที่จะสามารถดูแลตัวเองได้ เพราะมารับบริการจำนวนเพียง 5 ครั้งเท่านั้น จึงต้องการที่จะมาพบแพทย์บ่อยๆ

- อัตรากำลังบุคลากรค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่มีจำนวนน้อยเพียง 2 คน ทำให้ไม่เพียงพอสำหรับการให้บริการได้อย่างเต็มที่ รวมไปถึงแพทย์ที่มีจำนวนน้อยเช่นกัน

- ผู้บริหารยังไม่ให้การสนับสนุนยาวิตามินรวมที่มีสารไอโอดีน รวมถึงบุคลากรด้วย

2) **ทัศนคติเดิมเห็นด้วย เปลี่ยนมาเป็นไม่แน่ใจ** หลังจากที่ได้ดำเนินงานให้บริการ ANC แนวใหม่ มาแล้วประมาณ 1 ปี พบว่า ไม่มีโรงพยาบาลใดใด ที่เดิมมีทัศนคติเห็นด้วยและเปลี่ยนมาเป็นไม่แน่ใจกับบริการคลินิก ANC แนวใหม่

3) **ทัศนคติเดิมไม่เห็นด้วย เปลี่ยนมาเป็นไม่แน่ใจ** พบใน รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง ซึ่งแต่เดิมมีทัศนคติไม่เห็นด้วยกับบริการคลินิก ANC แนวใหม่ แต่ปัจจุบันเปลี่ยนทัศนคติเป็นไม่แน่ใจ โดยให้เหตุผลดังนี้

- ปัญหาทัศนคติในการทำงานที่ไม่ตรงกันของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน โดยแพทย์ และพยาบาลบางท่าน ยังมีทัศนคติไม่ตรงกันเกี่ยวกับกิจกรรมการดำเนินงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของการตรวจภายใน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจและฝึกอบรมทักษะแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

- ปัญหาความวิตกกังวลเรื่องความสามารถเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของการให้สุศึกษา ที่จะต้องมีประสิทธิภาพมากกว่าระบบเดิม เนื่องจากผู้รับบริการมารับบริการน้อยครั้งลง ซึ่งจะต้องมีการฝึกทักษะการให้สุศึกษาที่ดีขึ้น

- ปัญหาการตรวจภายใน ยังไม่สามารถตรวจทุกคนเดียวกัน จะตรวจเฉพาะในรายที่มีอาการเท่านั้น

- ปัญหาความวิตกกังวลในความสามารถของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเรื่องของการตรวจภายใน หากต้องกระจายภาระงานให้สถานีอนามัยดำเนินการ

“หนูรู้ว่า สถานีอนามัยมีศักยภาพอย่างไร ไม่เชื่อ หรือเป็นกังวลว่า น้องที่สถานีอนามัยจะมีความสามารถ หรือทักษะเพียงพอ เช่น Size กับ Date”

ค. ทักษะไม่เห็นด้วย

หลังจากที่ได้ดำเนินการให้บริการ ANC แนวใหม่ มาแล้วประมาณ 1 ปี พบว่า ไม่มีหัวหน้าคลินิก ANC ท่านใดมีทัศนคติไม่เห็นด้วยกับบริการคลินิก ANC แนวใหม่

2.2 ความพึงพอใจต่อระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ของผู้ปฏิบัติงาน

การประเมินผลโครงการครั้งแรก พบว่า ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 19 จากทั้งหมด 35 โรงพยาบาล มีทัศนคติเห็นด้วยกับระบบ ANC แนวใหม่ คิดเป็นร้อยละ 54.3 มีทัศนคติไม่แน่ใจ ร้อยละ 40 และมีทัศนคติไม่เห็นด้วย ร้อยละ 5.7 โดยให้เหตุผล ดังนี้ (ภาคผนวก 4)

ก. ทักษะเห็นด้วย ให้เหตุผล คือ ได้พัฒนาคุณภาพของบริการ ได้พัฒนาทีม และทักษะการทำงาน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้น ภาระงานของเจ้าหน้าที่ลดลง

ข. ทักษะไม่แน่ใจ มีเหตุผล ดังนี้ เนื่องจากยังอยู่ในช่วงเริ่มดำเนินงาน จึงต้องติดตามผลสักระยะก่อน และจำนวนผู้รับบริการยังไม่ลดชัดเจน

ค. ทักษะไม่เห็นด้วย มีเหตุผลดังนี้ เพิ่มภาระเจ้าหน้าที่ เนื่องจากขั้นตอนการให้บริการมากขึ้น ภาระงานเก็บเอกสารมากขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง โดยเฉพาะจากการตรวจภายใน รวมทั้งยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง

การติดตามประเมินผลโครงการ ครั้งที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติต่อระบบ ANC แนวใหม่ ดังนี้

ก. ทักษะเห็นด้วย มีจำนวน 32 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 94.1 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ทักษะเดิมเห็นด้วย และยังคงเห็นด้วย พบว่า มีจำนวนทั้งหมด 20 แห่ง แบ่งเป็น รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 10 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 10 แห่ง โดยให้เหตุผลในด้านต่างๆ ดังนี้

- **ด้านผู้ให้บริการ** ผู้รับบริการมีความสบายใจในการมารับบริการมากขึ้น เนื่องจากได้รับการตรวจทุกขั้นตอนที่ละเอียดขึ้นหากปฏิบัติได้ตามคู่มือในการปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการมีความมั่นใจในการให้บริการมากขึ้น เพราะสามารถเฝ้าระวังปัญหาได้ดีขึ้นตามแต่ละช่วงอายุครรภ์ และเมื่อทำความเข้าใจกับระบบแล้วพบว่า แนวเก่ากับแนวใหม่ไม่แตกต่างกัน เพียงแต่ทำความเข้าใจและปรับเปลี่ยนระบบเล็กน้อยเท่านั้น นอกจากนั้น เมื่อความคับคั่งของผู้รับบริการลดลงเจ้าหน้าที่ก็มีเวลาดูแล พูดคุย และให้สุขศึกษามากขึ้น ตลอดจนผู้ให้บริการเกิดความรู้ที่ได้รับจากการปฏิบัติงานเพิ่มเติม เช่น ความรู้ในเรื่องความผิดปกติจากการตั้งครรภ์ที่พบจากการตรวจภายใน และอัลตราซาวด์

“มีระบบขึ้น ค่อนข้างพอใจเจ้าหน้าที่ไม่เครียดทำงานสบายขึ้น มีตัวคัดกรองความเสี่ยงดูจะได้ทำงานได้ง่ายขึ้นและมีการอัลตราซาวด์ทุกราย”

“ดีตรงที่ว่าพอเป็น ANC แนวใหม่คนไข้ได้ตรวจอัลตราซาวด์ มีหมอมามาตรวจร่างกายและ PV อย่างนี้ดีกว่า ANC แนวเก่า”

“เราสบายใจ เพราะว่ามี *Classifying Form* ให้เรา ทำให้เรารู้ว่าเข้าได้นะ เข้าไม่ได้นะ ให้บริการแต่ละครั้งมี *Check List* มีเกณฑ์ต้องทำอะไร ทำให้เราไม่ลืม”

“การทำงานมีระบบมากขึ้น ทำ ANC แนวใหม่ ก็รู้ว่า ช่วงนี้ต้องทำอะไร ช่วงนี้ต้องทำอะไร ดีกว่า ANC เรื่อยๆ ไม่มีอะไร”

- ด้านผู้รับบริการ ผู้รับบริการที่ไม่มีความเสี่ยงไม่ต้องมาที่โรงพยาบาลบ่อยๆ ลดภาระและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สำหรับผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงจะนัดมาตามโรคที่เป็น ความคับคั่งของผู้รับบริการลดลง ทำให้บางโรงพยาบาลสามารถจัดเป็นระบบ One Stop Service ซึ่งผู้รับบริการมีความพึงพอใจ เนื่องจากได้รับความสะดวกในการตรวจต่างๆ และมีโอกาสให้ความรู้แก่ผู้รับบริการมากขึ้น

“คนไข้ไม่ต้องมาถี่ บางคนไม่มีเงินที่จะมา ทั้งที่เค้าก็ปกติดี เค้าก็รู้สึกมีความสุข ยิ้มแย้มแจ่มใส ดี มาน้อยครั้งแล้วตลอดเลย สามารถดูแลตัวเองได้ นับลูกดิ้นเอง ย้ำทุกครั้งที่มาตรวจครรภ์ จะแนะนำเค้าตลอด เวลาตรวจครรภ์”

“คนไข้ได้รับการดูแลดีขึ้น โดยเฉพาะรายที่มี Risk จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เราได้เฝ้าระวังมากขึ้น BP 140 เราก็เพิ่มการดูแล หรือ UA ถ้า IUGR ก็เหมือนกัน ก็เฝ้าระวังให้คนไข้ด้วย คนไข้รู้สึกปลอดภัย และมั่นใจกับบริการที่ได้รับ”

“หญิงตั้งครรภ์ ดูแลตัวเองมากขึ้น เช่น เป็นอะไรเล็กๆ น้อยๆ ก็จะโทรศัพท์มาถาม อุลตราซาวด์แล้วเจออาการผิดปกติ หรือเห็นเด็ก ไม่เจอกระโหลกศีรษะ หรือตรวจภายใน เจอเชื้อรา ก็ให้การรักษา โดยให้ยา”

- ด้านวัสดุอุปกรณ์สถานที่ ได้รับการสนับสนุนอย่างดี ทำให้การทำงานเป็นไปด้วยดี

- ด้านการสนับสนุนจากผู้บริหาร ผู้บริหารให้ความสำคัญ และเห็นประโยชน์ต่อการดำเนินการ จึงให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ให้บริการรู้สึกอุ่นใจและมีขวัญกำลังใจในการทำงาน

“วันที่ไปปรับค่าจ้างนอกจากหัวหน้าแล้วผู้อำนวยการได้ไปร่วมด้วย พอกลับมาจากวันนั้นก็เริ่มดำเนินการ ท่านก็บอกว่าให้ทำเต็มที่ที่มีปัญหาติดขัดอะไรสามารถแจ้งท่านให้ทราบได้”

2) ทศนคติเดิมไม่แน่ใจ เปลี่ยนมาเป็นเห็นด้วย พบในโรงพยาบาล จำนวน 11 แห่ง เป็น รพศ/รพท. จำนวน 5 แห่ง และ รพช.ขนาดเล็ก จำนวน 6 แห่ง โดยให้เหตุผลในด้านต่างๆ ดังนี้

- ด้านผู้ให้บริการ มีความคิดเห็นว่า เจ้าหน้าที่ได้สามารถฟื้นฟูความรู้ ประสบการณ์ และได้รับความรู้เพิ่มเติม สามารถดูแลผู้รับบริการ ตรวจร่างกายผู้รับบริการได้อย่างละเอียดและครอบคลุมขึ้น รวมทั้งช่วยลดความผิดพลาดในการทำงานได้ เนื่องจากผู้รับบริการลดลง

“ตอนแรกก็ไม่ค่อยชอบ แต่พอได้ทำคนไข้ลดลงอย่างเห็นได้ชัดวันนี้มีประมาณ 40 คน จากเดิม 80 คน”

“ได้ดูแลคนไข้ครอบคลุม ละเอียดยิ่ง เพราะได้ส่งพบแพทย์ ทำอัลตราซาวด์ มีระบบ Checklist ได้ดูแลคนไข้มากขึ้น ทำให้คุณภาพดีขึ้น ไม่ Lost งาน ได้พบแพทย์ ช่วงเวลาเหมาะสมมากขึ้น เจ้าหน้าที่มีเวลาเยอะที่จะแนะนำคนไข้ คุยกับคนไข้มากขึ้น”

- ด้านผู้รับบริการ ผู้รับบริการไม่ต้องเดินทางมารับบริการบ่อยๆ แต่ผู้รับบริการได้รับการดูแลเอาใจใส่ดีขึ้น และครอบคลุมมากขึ้น

“คนไข้ได้รับการดูแลครอบคลุมมากขึ้นตาม Package ได้รับการบริการที่ดีขึ้น เช่น โรงเรียนพ่อแม่ มีเวลาให้เค้าได้เพิ่มตามช่วงอายุครรภ์ ได้เข้าใจในการปฏิบัติตน ความรู้เพิ่มขึ้น ตอบคำถามเราได้ดีขึ้น”

- ด้านวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ โรงพยาบาลหลายแห่งไม่มีปัญหาด้านนี้ เนื่องจากได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีทั้งจากส่วนกลางและโรงพยาบาลเอง

“ตอนนี้ก็โอเคแล้ว อีกหน่อยขยายห้อง แล้วทำ PV ที่นี้เอง”

- ด้านการสนับสนุนจากผู้บริหาร ขณะนี้ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากผู้บริหาร ทำให้การทำงานเป็นไปด้วยความราบรื่น

“สนับสนุนเต็มที่ ตั้งแต่ระดับนโยบาย วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ที่มีการเปลี่ยนแปลง เราขออะไรก็อนุมัติ เช่น ให้ห้องสำหรับโรงเรียนพ่อแม่”

3) ทักษะเดิมไม่เห็นด้วย เปลี่ยนมาเป็นเห็นด้วย พบใน รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง เนื่องจากในการประเมินครั้งแรกเป็นช่วงเวลาที่โรงพยาบาลประสบปัญหาถูกฟ้องร้องอยู่ เพราะฉะนั้น การปรับเปลี่ยนระบบจึงเป็นไปได้ยาก แต่เมื่อเวลาผ่านไปหัวหน้าจึงเริ่มที่จะดำเนินการ ANC แนวใหม่ กับผู้รับบริการที่สมัครใจเสียก่อน เมื่อได้รับผลตอบรับที่ดี ผู้รับบริการก็มีความพึงพอใจ จึงเริ่มดำเนินการมาจนถึงบัดนี้

ข. ทักษะเดิมไม่แน่ใจ และยังคงไม่แน่ใจ พบในโรงพยาบาล จำนวน 2 แห่ง เป็น รพศ/รพท. และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่งเท่ากัน โดยให้เหตุผลว่ายังมีความวิตกกังวล หรือเข้าใจไม่กระจ่าง กับระบบบริการ ANC แนวใหม่ เช่น การแยกกลุ่มระหว่าง High Risk กับ Low Risk รวมไปถึงการนัด ตามช่วงอายุครรภ์หากกรณี อายุครรภ์น้อยกว่า หรือมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จึงยังไม่กล้าตัดสินใจนัด เพิ่มเติมจากจำนวน 5 ครั้งตามที่กำหนดไว้ และยังไม่เข้าใจกับเรื่องการลงเอกสารที่จะส่งไปยัง สสจ. เช่น การสรุปยอดผู้รับบริการทั้งหมด หรือยอดของผู้รับบริการ ANC แนวใหม่ นอกจากนั้นยังไม่เห็น ผลลัพธ์ เพราะผู้ที่เข้าฝากครรภ์แนวใหม่ยังไม่คลอด แต่ในส่วนผู้บริหารทั้งสองโรงพยาบาลให้การ สนับสนุนอย่างดี

“เหนื่อย ไม่แน่ใจ เพราะว่าหนึ่งตามคนไข้ไม่ได้ เราไม่มีเวลา สองยอดไม่รู้ว่าจะให้สรุปอะไร เป็นยอด ANC ทั้งหมด หรือว่าเป็นยอดยังงี้ ไม่เข้าใจเหมือนกัน เพราะว่าเหมือนเอายอด ANC ทุก Case มานับยอดรวมกันทั้งหมด ไม่ใช่เฉพาะ ANC แนวใหม่ เราก็ไม่เข้าใจ เวลาสรุปยอดส่ง สสจ. ก็ไม่เข้าใจ”

2.3 เปรียบเทียบทัศนคติต่อระบบ ANC แนวใหม่ของหัวหน้าคลินิกและผู้ปฏิบัติงาน ระหว่างการประเมินผลครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 (ตารางที่ 3.3)

การประเมินผลโครงการ ครั้งที่ 2 พบว่า หัวหน้าคลินิกและผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติเห็นด้วยเพิ่มมากขึ้น เป็นร้อยละ 94.1 จากเดิมร้อยละ 54.3 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีที่ใดไม่เห็นด้วยกับระบบดูแลครรภ์แนวใหม่

กล่องสรุปที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

1. กลุ่มที่มีทัศนคติเห็นด้วย

พบในโรงพยาบาล รวมจำนวนทั้งสิ้น 32 แห่ง แบ่งออกเป็น รพศ./รพท. จำนวน 5 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 11 แห่ง และรพช. ขนาดเล็ก จำนวน 16 แห่ง

กลุ่มที่มีทัศนคติเดิมเห็นด้วย และยังคงเห็นด้วย

พบในโรงพยาบาล จำนวน 19 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 9 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 9 แห่ง เนื่องจากเหตุผลดังนี้

- สามารถให้การดูแลผู้รับบริการได้ครอบคลุม ละเอียด และมีคุณภาพมากขึ้น
 - ลดภาระงานในแต่ละวันลง
- ผู้รับบริการได้รับการดูแลได้อย่างครอบคลุม และได้รับความรู้ความเข้าใจ
 - มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ครบถ้วน
 - ผู้บริหารให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่
- การประสานงานระหว่างทีม ANC กับทีมงานอื่นๆ ในโรงพยาบาลค่อนข้างดี
 - ได้พัฒนาตัวเอง ได้เรียนรู้นวัตกรรม และความรู้ใหม่ๆ

กลุ่มที่มีทัศนคติเดิมไม่แน่ใจ เปลี่ยนมาเป็นเห็นด้วย

พบในโรงพยาบาล จำนวน 12 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 4 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง และรพช. ขนาดเล็ก จำนวน 6 แห่ง เนื่องจากเหตุผลดังนี้

- เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจ เข้าใจในการทำงาน และระบบบริการมากขึ้น
- ดูแลผู้รับบริการอย่างเป็นระบบมากขึ้น และเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ
 - ช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
 - ลดจำนวนครั้งของการมารับบริการของผู้รับบริการ
- ผู้รับบริการมีความสนใจ และเอาใจใส่ในการดูแลตนเองได้มากขึ้น
- โรงพยาบาลมีความพร้อมในเรื่องเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ
 - ผู้บริหารให้การสนับสนุนเต็มที่

กลุ่มที่มีทัศนคติเดิมไม่เห็นด้วย เปลี่ยนมาเป็นเห็นด้วย

พบใน รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง เนื่องจากเหตุผลดังนี้

- เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาตัวเอง
- ผู้รับบริการได้รับความรู้ ในการดูแลตนเองได้
- ผู้รับบริการได้รับการบริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- ผู้บริหารของโรงพยาบาลให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ในทุกเรื่อง

กล่องสรุปที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (ต่อ)

2. กลุ่มที่มีทัศนคติไม่แน่ใจ

พบเพียง 2 แห่ง ใน รพศ./รพท. และ รพช. ขนาดเล็ก อย่างละ 1 แห่ง

กลุ่มที่มีทัศนคติเดิมไม่แน่ใจ และยังคงไม่แน่ใจ

พบใน รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง เนื่องจากเหตุผลดังนี้

- ผู้รับบริการยังไม่ค่อยมั่นใจในระบบบริการ ANC แนวใหม่เท่าที่ควร
 - อัตราการตั้งครรภ์ก่อนช้าจำกัด
 - ผู้บริหารยังไม่ได้ให้การสนับสนุน

กลุ่มที่มีทัศนคติเดิมเห็นด้วย เปลี่ยนมาเป็นไม่แน่ใจ

ไม่มีโรงพยาบาลใด ที่เดิมมีทัศนคติเห็นด้วย
แล้วเปลี่ยนมาเป็นไม่แน่ใจกับบริการคลินิก ANC แนวใหม่

กลุ่มที่มีทัศนคติเดิมไม่เห็นด้วย เปลี่ยนมาเป็นไม่แน่ใจ

พบใน รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง เนื่องจากเหตุผลดังนี้

- ทัศนคติในการทำงานที่ไม่ตรงกันของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
- ยังมีความวิตกกังวลเรื่องความสามารถเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
- ยังไม่สามารถดำเนินการตรวจภายในได้ตามขั้นตอนหรือกระบวนการให้บริการ
- ปัญหาความสามารถของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเรื่องของการตรวจภายใน

3. กลุ่มที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วย

ไม่มีโรงพยาบาลใด ที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วย

ตารางที่ 3.3 เปรียบเทียบทัศนคติต่อระบบ ANC แนวใหม่ของหัวหน้าคลินิก และผู้ปฏิบัติงาน
ระหว่างการประเมินผลครั้งที่ 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	3	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			

* เพื่อให้ผลการทดสอบด้วย Chi-square test ถูกต้อง จึงได้รวมกลุ่มทัศนคติไม่แน่ใจ และกลุ่มทัศนคติไม่เห็นด้วยเข้าด้วยกันก่อนการทดสอบ

ส่วนที่ 3 ผลผลิตโครงการด้านผู้รับบริการ

ผลผลิตโครงการด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ความครบถ้วนของบริการที่ได้รับ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3.1 ความครบถ้วนของบริการที่ได้รับ

ก. ผลของการติดตามประเมินผลครั้งแรก

ผลของการติดตามประเมินผลครั้งแรก จากผู้รับบริการ 175 คน (ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ 2552) พบว่า ในการประเมินความเสี่ยงของผู้ตั้งครรภ์ ตาม Classifying form ซึ่งประกอบด้วย คำถาม 18 ข้อ ตามระบบการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ 93.7 มีการประเมินความเสี่ยงครบถ้วนก่อนที่จะคัดเลือกผู้มาฝากครรภ์เข้าระบบการนัดแนวใหม่ ส่วนการประเมินความเสี่ยงไม่ครบทุกข้อ มีร้อยละ 6.3 (ข้อที่ขาดคือผลการตรวจ Rh)

ส่วนบริการที่ควรได้รับในวันที่มาฝากครรภ์ตามอายุครรภ์ ได้แก่ การซักประวัติ (พฤติกรรมสุขภาพ การเจ็บป่วยช่วงที่ผ่านมา ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ปัจจุบัน) การตรวจร่างกายและตรวจครรภ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการจัดให้มีการดูแลรักษาของผู้มาฝากครรภ์ พบว่า โดยภาพรวม ร้อยละ 53 มีการสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ตั้งครรภ์ กลุ่มที่ไม่ได้ถามในการตรวจครั้งนี้ ให้ข้อมูลว่าถามแล้วในการฝากครรภ์ครั้งแรก ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 87 จะถามเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ปัจจุบัน มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ได้ดำเนินการ และ ร้อยละ 71 ของผู้มาฝากครรภ์ได้รับการซักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยช่วงที่ผ่านมา

สำหรับการตรวจร่างกาย ผู้มาฝากครรภ์ทุกรายได้รับการชั่งน้ำหนัก และเกือบทุกคนได้รับการวัดความดันโลหิต แต่การตรวจร่างกายระบบอื่นมักจะทำครั้งแรก ครั้งต่อๆมามากไม่ได้ทำ

ส่วนรายการการตรวจครรภ์ที่พึงได้รับแต่ละครั้ง พบว่า ผู้มาฝากครรภ์เกือบทุกรายได้รับการตรวจท้องโดยการฟังเสียงหายใจทารกในครรภ์ การตรวจหาครรภ์แฝด ท่าทารก และส่วนนำของทารกในครรภ์ ส่วนการวัดความสูงของมดลูกโดยสายวัด มีเพียงร้อยละ 70.7 และมีการตรวจภายในเพียงร้อยละ 50.8

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ร้อยละ 90 ขึ้นไป ได้รับการตรวจปัสสาวะ มีผลการตรวจซิฟิลิส หมู่เลือด และความเข้มข้นของเลือด ร้อยละ 14.3 ไม่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์

การจัดให้มีการดูแลรักษาและแนะนำ พบว่า ร้อยละ 90 ขึ้นไป ได้รับข้อมูลในเรื่องการนัดครั้งต่อไป การแจ้งกำหนดคลอด และได้บันทึกลงสมุดบันทึกสุขภาพฯ ร้อยละ 75.4 ได้รับยาบำรุงที่มีไอโอดีน และ ร้อยละ 86.3 ได้เคลือบหม่เสริม

สรุปความครบถ้วนในบริการ ที่ผู้มาฝากครรภ์ได้รับในโรงพยาบาลที่พบมากที่สุดในทุกโรงพยาบาล คือ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 83-93 รองลงมา คือ การจัดให้มีการดูแลรักษา ร้อยละ 49-72 การซักประวัติได้รับครบถ้วน ร้อยละ 43 - 59 ส่วนการตรวจร่างกายได้รับครบถ้วน ร้อยละ 7 -20 เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมของบริการทุกอย่างที่พึงได้รับตามอายุครรภ์ พบว่า มีเพียงร้อยละ 5.2 ที่ได้รับบริการทุกอย่างครบถ้วน

ข. ผลของการติดตามประเมินผล ครั้งที่ 2

ข้อมูลของการติดตามประเมินผลโครงการ ครั้งที่ 2 ได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลครรภ์ตามระบบการดูแลครรภ์แนวใหม่ จำนวน 180 คน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล (ตารางที่ 3.4) ได้แก่ รพท./รพศ. จำนวน 41 คน รพช. ขนาดใหญ่ (ขนาด 90-120-150 เตียง) จำนวน 63 คน และ รพช. ขนาดเล็ก (ขนาด 10-30-60 เตียง) จำนวน 76 คน

ตารางที่ 3.5 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ พบว่า อายุของหญิงตั้งครรภ์โดยเฉลี่ย 23.66 ปี ร้อยละ 35 อยู่ในช่วง 20-24 ปี และร้อยละ 24.4 มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อายุน้อยที่สุด 17 ปี และอายุมากที่สุด 35 ปี ร้อยละ 27 มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 33-38 สัปดาห์ ร้อยละ 58 ของผู้มาฝากครรภ์เป็นครรภ์แรก การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีเพียงร้อยละ 11.2 ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพหลักของผู้มาฝากครรภ์ คือ แม่บ้าน ร้อยละ 51.1 รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 16.3 ในวันที่สัมภาษณ์พบว่า ผู้ที่มาฝากครรภ์ ร้อยละ 18.9 มาตรวจครรภ์ครั้งแรก รองลงมา คือ มาตรวจครรภ์ครั้งที่ 4

ตารางที่ 3.6 แสดงประวัติการตั้งครรภ์ที่ผ่านมาเฉพาะผู้ตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 23.6 เคยมีประวัติแท้ง มีเพียงร้อยละ 8.2 ของผู้มาฝากครรภ์มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม ไม่มีผู้ใดมีประวัติเด็กตายคลอด และเด็กตายในช่วง 7 วัน หลังคลอด

ในการประเมินความเสี่ยงของผู้ตั้งครรภ์ ตาม Classifying form ซึ่งประกอบด้วย คำถาม 18 ข้อ ตามระบบการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ 98.3 มีการประเมินความเสี่ยงครบถ้วนก่อนที่จะคัดเลือกผู้มาฝากครรภ์เข้าระบบการนัดแนวใหม่ ส่วนการประเมินความเสี่ยงไม่ครบทุกข้อ มีร้อยละ 1.7 คือ ขาดข้อผลการตรวจ Rh ซึ่งรอผลอีก 1 สัปดาห์ และหากเป็นผลลบจะจัดเป็น Low risk case และนัดตาม Basic component สรุปว่ามีการประเมินครบถ้วนทุกรายในที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนของมารดาที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงครบถ้วนในการประเมินผลครั้งที่ 1 และ 2 พบว่า ในภาพรวมสัดส่วนของมารดาที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงครบถ้วนในครั้งที่ 2 สูงกว่าครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถ้าพิจารณาในแต่ละขนาดของโรงพยาบาล ผลเช่นนี้พบใน รพท./รพศ. เท่านั้น (ตารางที่ 3.7)

ตารางที่ 3.8 แสดงบริการที่ควรได้รับในวันที่มาฝากครรภ์ตามอายุครรภ์ ได้แก่ การซักประวัติ (ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ การเจ็บป่วยช่วงที่ผ่านมา ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ปัจจุบัน) การตรวจร่างกายและการตรวจครรภ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการจัดให้มีการดูแลรักษาของผู้มาฝากครรภ์ พบว่า ร้อยละ 65 มีการถามประวัติส่วนตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ตั้งครรภ์ กลุ่มที่ไม่ได้ถามในการตรวจครั้งนี้ ให้ข้อมูลว่าถามแล้วในการฝากครรภ์ครั้งแรกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.4) จะถามเกี่ยวกับประวัติทางสูติกรรม และร้อยละ 82.8 ของผู้มาฝากครรภ์ได้รับการซักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยช่วงที่ผ่านมา

การตรวจร่างกายและการตรวจครรภ์ ผู้มาฝากครรภ์ทุกรายได้รับการชั่งน้ำหนัก และเกือบทุกรายได้รับการวัดความดันโลหิต ตรวจหน้าท้อง การฟังเสียงหายใจทารกในครรภ์และการตรวจหาครรภ์แฝด และตรวจท่าทารก ดูส่วนน้ำ แต่การตรวจร่างกายระบบอื่นมักจะทำครั้งแรก ครั้งต่อๆ มา มักไม่ได้ทำ และร้อยละ 69.8 ได้รับการตรวจภายใน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ผู้ตั้งครรภ์เกือบทุกรายได้รับการตรวจปัสสาวะ และตรวจเลือด ส่วนทุกรายได้รับการตรวจซีฟิไลส หมู่เลือด และความเข้มข้นของเลือด การคัดกรองธาลัสซีเมีย และร้อยละ 95.3 ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์

การจัดให้มีการดูแลรักษาและแนะนำ พบว่า ผู้ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการฉีดวัคซีน ได้รับการแจ้งกำหนดคลอด ผู้ตั้งครรภ์เกือบทุกราย (ร้อยละ 98 ขึ้นไป) ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก โฟเลต และแคลเซียมเสริม ได้รับคำแนะนำต่างๆ ได้กำหนดวันนัดครั้งต่อไป และได้รับการบันทึกลงสมุดบันทึกสุขภาพฯ และ ร้อยละ 93.3 ได้รับยาบำรุงที่มีไอโอดีน

ตารางที่ 3.9 สรุปการได้รับความครบถ้วนของบริการที่ผู้มาฝากครรภ์ได้รับในโรงพยาบาล พบมากที่สุดในทุกโรงพยาบาล คือ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 93-100 รองลงมา คือ การจัดให้มีการดูแลรักษา ร้อยละ 87-95 การซักประวัติได้รับครบถ้วน ร้อยละ 54 – 70 ส่วนการตรวจร่างกายได้รับครบถ้วน ร้อยละ 15 -25 เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมของบริการทุกอย่างที่พึงได้รับตามอายุครรภ์ พบว่ามีเพียงร้อยละ 16.7 ที่ได้รับบริการทุกอย่างครบถ้วน

เมื่อเปรียบเทียบความครบถ้วนของบริการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการในด้านการตรวจร่างกาย จากการประเมินผลครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ไม่พบว่ามีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า โดยภาพรวม สัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการครบถ้วน ในการประเมินผลครั้งที่ 2 สูงกว่า ครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการซักประวัติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจัดให้มีการดูแลรักษา และการได้รับบริการทุกอย่างโดยรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การจัดให้มีการดูแลรักษา หญิงตั้งครรภ์จะสูงขึ้นในโรงพยาบาลทุกแห่ง

3.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ก. การติดตามประเมินผลโครงการครั้งแรก

การติดตามประเมินผลโครงการครั้งแรก พบว่า บริการที่มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ตั้งครรภ์ มีความพึงพอใจอย่างมากต่อบริการที่ได้รับเมื่อมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้รายกลุ่ม การซักประวัติ การชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตและวัดความสูง การตรวจปัสสาวะ การตรวจเลือด การตรวจครรภ์ การฉีดวัคซีน คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการตั้งครรภ์ การตรวจอัลตราซาวด์ และความสามารถของแพทย์และพยาบาล บริการที่ร้อยละ 60 - 70 ของผู้ตั้งครรภ์มีความพึงพอใจอย่างมากต่อบริการที่ได้รับ ได้แก่ การให้คำแนะนำเฉพาะเรื่อง การประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์แนวใหม่ เวลาที่เจ้าหน้าที่สอบถามพูดคุย ค่าบริการที่ต้องจ่าย และการตรวจภายใน พบว่า ร้อยละ 66.3 มีความพึงพอใจโดยรวมต่อการให้บริการฝากครรภ์ในระดับมาก ร้อยละ 30.3 มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และ ร้อยละ 3.4 มีความพึงพอใจระดับน้อย

ข. การติดตามประเมินผลโครงการ ครั้งที่ 2

การติดตามประเมินผลโครงการ ครั้งที่ 2 พบว่า บริการที่ผู้ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70) มีความพึงพอใจอย่างมากต่อบริการที่ได้รับเมื่อมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตและวัดความสูง การตรวจปัสสาวะ การตรวจเลือด การตรวจภายใน การตรวจครรภ์ การฉีดวัคซีน การตรวจอัลตราซาวด์ และค่าบริการที่ต้องจ่าย บริการที่ร้อยละ 60 -70 ของผู้ตั้งครรภ์มีความพึงพอใจอย่างมากต่อบริการที่ได้รับ ได้แก่ การให้คำแนะนำเฉพาะเรื่องที่ต้องการ และการประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์แนวใหม่ การซักประวัติต่างๆ ความสามารถของแพทย์และพยาบาล เวลาที่เจ้าหน้าที่สอบถามพูดคุย และคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการตั้งครรภ์ (ตารางที่ 3.10) ซึ่งคล้ายคลึงกับครั้งที่ 1 (ตารางที่ 13) ในการประเมินผลโครงการครั้งที่ 1 พบว่า ร้อยละ 62.6 ของผู้ตั้งครรภ์มีความพึงพอใจอย่างมากต่อการให้บริการฝากครรภ์โดยรวม

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อบริการ ANC แนวใหม่โดยรวม ไม่พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกขนาดของโรงพยาบาลระหว่างการประเมินผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 (ตารางที่ 3.11)

3.3 ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ

ตารางที่ 3.12 แสดงข้อเสนอแนะในภาพรวมของผู้ตั้งครรภ์ในทุกโรงพยาบาล สามารถสรุปและแยกประเด็นออกเป็น 6 ประเด็นหลัก ได้แก่

- 1) ระบบการให้บริการ
- 2) ผู้ให้บริการ
- 3) เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ยา
- 4) สื่อ เอกสาร
- 5) สถานที่ให้บริการ
- 6) สิ่งสนับสนุน

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เสนอให้ทุกโรงพยาบาล ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการรอรับบริการ และรองลงมา คือ ให้เจ้าหน้าที่ให้ความรู้ คำแนะนำ อธิบายให้ชัดเจนมากขึ้น พุดจาไพเราะ มีสื่อเอกสารความรู้ต่างๆ ให้ผู้รับบริการอ่านระหว่างรอ จัดระเบียบตามบัตรคิว ตรวจร่างกายผู้ตั้งครรภ์ให้ละเอียดขึ้น และดูแลเอาใจใส่สนใจผู้รับบริการมากขึ้น รวมทั้งการขยายสถานที่และห้องฝากครรภ์ให้กว้างขวาง มิดชิด เป็นสัดส่วนขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการประเมินผลครั้งที่ 1 สิ่งที่ถูกเสนอมากที่สุด คือ การลดขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการโดยให้บริการที่รวดเร็วขึ้น (เสนอจำนวน 29 คน) รองลงมา คือ การให้ความรู้ คำแนะนำ และตอบคำถามให้ชัดเจน (เสนอโดย 17 คน) ส่วนบริการแบบ One Stop Service มีผู้เสนอในครั้งแรก และครั้งที่ 2 จำนวน 2 คนเท่ากัน เช่นเดียวกับการให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการพุดจาให้ไพเราะขึ้น เคยมีผู้เสนอไว้ 8 คน แต่ครั้งที่ 2 เสนอจำนวนมากถึง 15 คน ส่วนการจัดระเบียบตามบัตรคิวหรือจัดลำดับการให้บริการ เคยมีผู้เสนอไว้ 6 คน แต่ครั้งที่ 2 เสนอจำนวนมากถึง 10 คน ข้อเสนออื่นๆ มีความคล้ายคลึงกัน ส่วนการเปิดซีดีหรือวิดีโอให้ความรู้ระหว่างรอเป็นการเสนอเพิ่มในครั้งที่ 2

ตารางที่ 3.4 จำนวนและร้อยละ ของผู้ตั้งครรภ์จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลที่มาฝากครรภ์

ขนาดของโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	41	22.8
โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	63	35.0
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	76	42.2
รวม	180	100.0

ตารางที่ 3.5 ร้อยละของผู้ตั้งครรภ์จำแนกตามลักษณะทั่วไปและประเภทโรงพยาบาลที่มาฝากครรภ์

ลักษณะทั่วไป	รพท/รพศ.	รพช. ขนาดใหญ่	รพช. ขนาดเล็ก	รวม
อายุ	41	63	76	180
17-19 ปี	26.8	25.4	22.4	24.4
20-24 ปี	34.1	39.7	31.6	35.0
25-29 ปี	26.8	20.6	34.2	27.8
30-35 ปี	12.2	14.3	11.8	12.8
Mean = 24.4 , SD=4.7 , Min=17 Max=35				
อายุครรภ์	39	60	75	174
5-12 สัปดาห์	15.4	11.7	10.7	12.1
13-20 สัปดาห์	15.4	23.3	20.0	20.1
21-26 สัปดาห์	28.2	20.0	20.0	21.8
27-32 สัปดาห์	5.1	23.3	22.7	19.0
33-38 สัปดาห์	35.9	21.7	26.7	27.0
ครรภ์ที่ (ไม่รวมแท้ง)	41	63	76	180
ครรภ์ที่ 1	61.0	50.8	61.8	57.8
ครรภ์ที่ 2	34.1	47.6	28.9	36.7
ครรภ์ที่ 3	4.9	1.6	7.9	5.0
ครรภ์ที่ 4	-	-	1.3	.6
การศึกษา	41	63	75	179
ไม่ได้เรียน	4.9	4.8	-	2.8
ประถมศึกษา	4.9	22.2	6.7	11.7
มัธยมศึกษา	56.1	57.1	58.7	57.5
อาชีวศึกษา	17.1	14.3	18.7	16.8
ปริญญาตรี	17.1	1.6	16.0	11.2

ตารางที่ 3.5 ร้อยละของผู้ตั้งครรภ์จำแนกตามลักษณะทั่วไปและประเภทโรงพยาบาลที่มาฝากครรภ์
(ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	รพท/รพส.	รพช. ขนาดใหญ่	รพช. ขนาดเล็ก	ภาพรวม
อาชีพหลัก	41	62	75	178
แม่บ้าน	58.5	50.0	48.0	51.1
รับจ้างทั่วไป	17.1	12.9	12.0	13.5
ค้าขาย	7.3	6.5	12.0	9.0
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12.2	1.6	5.3	5.6
พนักงานบริษัท	2.4	4.8	5.3	4.5
เกษตรกร/เกษตรกรรม	2.4	24.2	17.3	16.3
ตรวจครรภ์ครั้งที่	41	63	76	180
ครั้งที่ 1	26.8	17.5	15.8	18.9
ครั้งที่ 2	17.1	17.5	13.2	15.6
ครั้งที่ 3	2.4	15.9	22.4	15.6
ครั้งที่ 4	14.6	11.1	23.7	17.2
ครั้งที่ 5	9.8	9.5	14.5	11.7
ครั้งที่ 6	22.0	9.5	3.9	10.0
ครั้งที่ 7	2.4	9.5	2.6	5.0
ครั้งที่ 8	4.9	6.3	3.9	5.0
ครั้งที่ 9	-	3.2	-	1.1

ตารางที่ 3.6 ร้อยละของผู้ตั้งครรภ์จำแนกตามประวัติการตั้งครรภ์ที่ผ่านมาของผู้ตั้งครรภ์ และประเภทของโรงพยาบาลที่มาฝากครรภ์ (เฉพาะครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป)

ประวัติการตั้งครรภ์	รพท/รพศ.		รพช. ขนาดใหญ่		รพช. ขนาดเล็ก		รวม		
	n	ไม่มี	n	ไม่มี	n	ไม่มี	n	ไม่มี	มี
การแท้ง	12	75.0	27	87.1	19	65.5	58	76.3	23.7
คลอดก่อนกำหนด	16	100.0	28	93.3	23	85.2	67	91.8	8.2
ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม	16	100.0	26	86.7	25	92.6	67	91.8	8.2
เด็กตายคลอด	16	100.0	30	100.0	27	100.0	73	100.0	0.0
เด็กตายในช่วง 7 วันหลังคลอด	16	100.0	30	100.0	27	100.0	73	100.0	0.0

ตารางที่ 3.7 ร้อยละของผู้ตั้งครรภ์จำแนกตามประเมินความเสี่ยงและประเภทโรงพยาบาลที่มาฝากครรภ์ เปรียบเทียบการประเมินผลครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 โดย Z Test

ความครบถ้วนประเมินความเสี่ยง	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	63	80	76	175	180
ประเมินครบถ้วน	90.0	100.0	92.2	96.8	96.3	98.6	93.7	98.3
ประเมินบางข้อ	10.0	0.0	7.8	3.2	3.7	1.3	6.3	1.7
<i>P-value of Z test for proportions</i>	0.019		0.128		0.170		0.013	

ตารางที่ 3.8 ร้อยละของผู้ตั้งครรภ์จำแนกตามบริการที่ควรได้รับตามอายุครรภ์ และประเภทโรงพยาบาลที่มาฝากครรภ์

ขั้นตอน	รพท/รพศ.			รพช. ขนาดใหญ่			รพช. ขนาดเล็ก			รวม		
	n	ทำ	ไม่ทำ	n	ทำ	ไม่ทำ	n	ทำ	ไม่ทำ	n	ทำ	ไม่ทำ
การซักประวัติ												
ส่วนตัว	41	63.4	36.6	63	55.6	44.4	76	73.7	26.3	180	65.0	35.0
การเจ็บป่วย	41	78.0	22.0	63	84.1	15.9	76	84.2	15.8	180	82.8	17.2
ทางสูติกรรม	41	92.7	7.3	63	93.7	6.3	76	96.1	3.9	180	94.4	5.6
การตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์												
ชั่งน้ำหนัก	41	100	-	63	100	-	76	100	-	180	100	-
วัดส่วนสูง	15	86.7	13.3	27	96.3	3.7	38	89.5	10.5	80	91.3	8.8
วัดความดันโลหิต	41	100	-	63	98.4	1.6	76	97.4	2.6	180	98.3	1.8
ภาวะซีด	41	36.0	64.0	63	31.7	68.3	76	43.4	56.6	180	37.8	62.2
ฟังเสียงการหายใจ และเสียงหัวใจของแม่	41	48.8	51.2	62	45.2	54.8	76	51.3	48.7	179	48.6	51.4
ดูการบวมที่ขา	41	51.2	48.8	63	34.9	65.1	76	59.2	40.8	180	48.9	51.1
ตรวจเต้านม	16	87.5	12.5	24	75.0	25.0	33	87.9	12.1	73	83.6	16.4
วัดความสูงของ มดลูก	41	65.9	34.1	63	69.8	30.2	76	88.2	11.8	180	76.7	23.3
ตรวจท้อง การฟังเสียง หายใจทารกในครรภ์ และการตรวจหา ครรภ์แฝด	28	100	-	40	100	-	57	96.5	3.5	125	98.4	1.6
ตรวจท่าทารก ดูส่วนนำ	19	100	-	23	100	-	40	97.5	2.5	82	98.8	1.2
ตรวจภายใน	14	50.0	50.0	23	69.6	30.4	26	80.8	19.2	63	69.8	30.2
การตรวจทางห้องปฏิบัติ การ												
ปัสสาวะ	41	100	0	63	100	0	76	96.1	3.9	180	98.3	1.7
อัตราขาวด์	7	100	0	20	95	5	16	93.8	6.3	43	95.3	4.7
เลือด	15	100	0	30	100	0	40	97.5	2.5	85	98.8	1.2
ซีฟิไลส	41	100	0	63	100	0	76	100	0.0	180	100	0.0
หมู่เลือด	41	100	0	63	100	0	76	100	0.0	180	100	0.0
ความเข้มข้นของเลือด	41	100	0	63	100	0	76	100	0.0	180	100	0.0
การคัดกรองธาลัสซีเมีย /OF/MCV/DCIP	41	100	0	63	100	0	76	100	0.0	180	100	0.0
การจัดให้มีการดูแลรักษา												
ฉีดวัคซีน	17	100	0.0	21	100	0.0	21	100	0.0	59	100	0.0
ยาเสริมธาตุเหล็ก และโฟเลต	41	100	0.0	63	98.4	1.6	76	100	0.0	180	99.4	0.6
ยาบำรุงที่มีไอโอดีน	41	100	0.0	63	92.1	7.9	76	90.8	9.2	180	93.3	6.7
แคลเซียมเสริม	41	100	0.0	63	98.4	1.6	76	100	0.0	180	99.4	0.6
ให้คำแนะนำต่างๆ	41	95.1	4.9	62	96.8	3.2	75	100	0.0	178	97.8	2.2
การนัดครั้งต่อไป	41	97.6	2.4	63	98.4	1.6	76	100	0.0	180	98.9	1.1
การแจ้งกำหนดคลอด	29	100	0.0	31	100	0.0	44	100	0.0	104	100	0.0
บันทึกลงสมุดสีชมพู	41	97.6	2.4	63	100	0.0	76	100	0.0	180	99.4	0.6

ตารางที่ 3.9 ร้อยละของผู้ตั้งครรถ์ได้รับความครบถ้วนในบริการ
จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลที่มาฝากครรภ์

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>	<i>0.070</i>		<i>0.730</i>		<i><.001</i>		<i>0.007</i>	
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	92.1	83.6	80.0	74.7	86.7	80.1
<i>P-value</i>	<i>0.139</i>		<i>0.074</i>		<i>0.215</i>		<i>0.050</i>	
การตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ	30	41	64	63	81	76	175	180
ได้รับครบถ้วน	83.3	100	89.1	98.4	92.6	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>	<i>0.004</i>		<i>0.016</i>		<i>0.423</i>		<i>0.001</i>	
การจัดให้มีการดูแลรักษา	30	41	63	62	81	75	174	178
ได้รับครบถ้วน	66.7	95.1	49.2	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>	<i>0.001</i>		<i><.001</i>		<i>0.002</i>		<i><.001</i>	
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 test for proportions</i>	<i>0.087</i>		<i>0.021</i>		<i>0.007</i>		<i><.001</i>	

ตารางที่ 3.10 ร้อยละของผู้ตั้งครรภ์มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ
จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลที่มาฝากครรภ์

ขั้นตอน	รพท/รพศ.				รพช. ขนาดใหญ่				รพช. ขนาดเล็ก				รวม			
	n	มาก	ปานกลาง	น้อย	n	มาก	ปานกลาง	น้อย	n	มาก	ปานกลาง	น้อย	n	มาก	ปานกลาง	น้อย
การยื่นบัตรตรวจ	41	46.3	43.9	9.8	63	39.7	57.1	3.2	76	55.3	44.7	-	180	47.8	48.9	3.3
การให้ความรู้รายการกลุ่ม	19	57.9	42.1	-	27	44.4	51.9	3.7	37	59.5	35.1	5.4	83	54.2	42.2	3.6
การให้คำแนะนำเฉพาะเรื่องที่ต้องการ	41	56.1	43.9	-	63	69.8	27.0	3.2	76	61.8	34.2	3.9	180	63.3	33.9	2.8
การประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์	41	65.9	34.1	-	62	71.0	27.4	1.6	76	56.6	40.8	2.6	179	63.7	34.6	1.7
การชักประวัติต่างๆ	41	53.7	41.5	4.9	63	58.7	36.5	4.8	76	73.7	22.4	3.9	180	63.9	31.7	4.4
การชั่งน้ำหนัก วัดความสูง วัดความดัน	41	82.9	14.6	2.4	63	82.5	17.5	-	76	78.9	19.7	1.3	180	81.1	17.8	1.1
การตรวจปัสสาวะ	41	75.6	22.0	2.4	63	81.0	19.0	-	75	78.7	17.3	4.0	179	78.8	19.0	2.2
การตรวจเลือด	18	55.6	38.9	5.6	24	95.8	4.2	-	41	75.6	24.4	-	83	77.1	21.7	1.2
การตรวจภายใน	8	50.0	50.0	-	9	88.9	11.1	-	27	74.1	18.5	7.4	44	72.7	22.7	4.5
การตรวจร่างกายระบบต่างๆ	41	43.9	43.9	12.2	62	33.9	46.8	19.4	76	48.7	34.2	17.1	179	42.5	40.8	16.8
การตรวจครรภ์	41	73.2	22.0	4.9	63	82.5	14.3	3.2	76	78.9	18.4	2.6	180	78.9	17.8	3.3
การฉีดวัคซีน	10	60.0	40.0	-	9	77.8	22.2	-	26	76.9	23.1	-	45	73.3	26.7	-
คำแนะนำที่ได้รับ	41	53.7	46.3	-	63	65.1	30.2	4.8	76	64.5	32.9	2.6	180	62.2	35.0	2.8
การตรวจ Ultrasound	9	66.7	33.3	-	16	100	-	-	24	54.2	37.5	8.3	49	71.4	24.5	4.1
ความสามารถของแพทย์ และพยาบาล	41	75.6	22.0	2.4	63	71.4	27.0	1.6	76	52.6	43.4	3.9	180	64.4	32.8	2.8
สื่อ อุปกรณ์ที่ใช้ความรู้	41	39.0	56.1	4.9	63	44.4	47.6	7.9	76	52.6	39.5	7.9	180	46.7	46.1	7.2
สถานที่ตรวจ	41	34.1	61.0	4.9	63	46.0	52.4	1.6	76	52.6	42.1	5.3	180	46.1	50.0	3.9
เวลาที่เจ้าหน้าที่สอบถามพูดคุยให้คำอธิบาย	41	58.5	36.6	4.9	63	63.5	34.9	1.6	76	68.4	27.6	3.9	180	64.4	32.2	3.3
เวลาที่รอตรวจ	41	24.4	61.0	14.6	63	39.7	52.4	7.9	76	42.1	50.0	7.9	180	37.2	53.3	9.4
ค่าบริการที่ต้องจ่าย	41	56.1	43.9	-	63	69.8	27.0	3.2	76	78.9	19.7	1.3	180	70.6	27.8	1.7
ความพึงพอใจโดยรวม	41	63.4	36.6	0.0	62	71.0	29.0	0.0	76	55.3	43.4	1.3	179	62.6	36.9	0.6

ตารางที่ 3.11 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับความพึงพอใจต่อบริการ ANC แนวใหม่โดยรวม
จากการประเมินผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดย Z Test

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 Z test for proportions</i>	0.719		0.323		0.872		0.766	

ตารางที่ 3.12 ข้อเสนอแนะโดยภาพรวมของผู้รับบริการ

ลำดับที่	ประเด็น	จำนวน
1.	ระบบการให้บริการ - จัดระเบียบตามบัตรคิว หรือจัดลำดับการให้บริการ 10 - ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการรอรับบริการ เพื่อให้ให้บริการได้รวดเร็วขึ้น 29 - ให้บริการอย่างเท่าเทียมและเสมอภาคกัน ไม่ว่าจะใช้สิทธิบัตรทองหรือสิทธิบัตรประกันสังคม 2 - ให้บริการที่มีรูปแบบ One Stop Service 2 - ให้แพทย์มาตรวจเร็วขึ้น 3	46
2.	ผู้ให้บริการ - เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการหรือแพทย์ให้มากกว่านี้ 7 - ตรวจร่างกายผู้รับบริการให้ละเอียดขึ้น 10 - การพูดจาให้ไพเราะขึ้น 15 - การดูแลเอาใจใส่ และสนใจคนไข้มากขึ้น 9 - การให้ความรู้ คำแนะนำ อธิบายให้ชัดเจนมากขึ้น 17	58
3.	เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ยา เพิ่มเครื่องมือ หรือวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย เช่น เครื่องอัลตราซาวด์ เครื่องตรวจปัสสาวะ เป็นต้น 2	2
4.	สื่อ เอกสาร - ให้มีสื่อเอกสารความรู้ต่างๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ และโบรชัวร์ ให้ผู้รับบริการอ่านระหว่างรอ และนำกลับบ้าน 12 - ให้มีการเปิดซีดี วิดีโอให้ความรู้ระหว่างรอ เพื่อจะได้เห็นภาพต่างๆ ที่ชัดเจน 2	14
5.	สถานที่ให้บริการ - ขยายสถานที่ และห้องฝากครรภ์ให้กว้างขวาง มิดชิด และเป็นสัดส่วนขึ้น 9 - จัดให้มีเก้าอี้ ที่นั่งเพียงพอสำหรับผู้รับบริการ 5 - จัดให้มีห้องน้ำสะอาดไว้บริการ 3	17
6.	สิ่งสนับสนุนอื่นๆ สนับสนุนค่าบริการเพิ่มเติม (ฟรี) สำหรับการให้บริการฝากครรภ์ 3	3

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์โครงการ

4.1 ผลลัพธ์ด้านเด็ก

ผลลัพธ์ด้านเด็ก ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด และการตายปริกำเนิด เปรียบเทียบกันระหว่างช่วงก่อนเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2548 2549 และ 2550) กับช่วงหลังเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2551 และ 2552) แสดงในตารางที่ 3.13 พบว่า อัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยในทุกจังหวัด ปี 2552 มากกว่าร้อยละ 7 ซึ่งเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ในโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว และปีอื่นๆ เกือบทั้งหมดเกินร้อยละ 7 ยกเว้นบางปีของจังหวัดมหาสารคาม เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบช่วงก่อนและหลังเริ่มโครงการ พบว่า อัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัตราทารกขาดออกซิเจนขณะคลอดที่ 1 นาทีที่เช่นเดียวกัน เกือบทั้งหมดต่ำกว่า 30 ต่อการเกิดมีชีพ 1000 คน แต่จังหวัดเชียงราย มีอัตราทารกขาดออกซิเจนขณะคลอดที่ 1 นาที เกือบทุกปีสูงกว่า 30 ต่อการเกิดมีชีพ 1000 คน ส่วนอัตราทารกขาดออกซิเจนขณะคลอดที่ 5 นาที ทุกจังหวัดทั้ง 5 ปี ต่ำกว่า 30 ต่อการเกิดมีชีพ 1000 คน เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบช่วงก่อนและหลังเริ่มโครงการ พบว่า อัตราทารกขาดออกซิเจนขณะคลอดที่ 1 นาที และที่ 5 นาทีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การตายปริกำเนิด เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบช่วงก่อนและหลังเริ่มโครงการ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

4.2 ผลลัพธ์ด้านมารดา

ผลลัพธ์ด้านมารดา ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราส่วนมารดาตาย ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่อมาฝากครรภ์ที่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ เปรียบเทียบช่วงก่อนเริ่มโครงการและช่วงหลังโครงการ ยกเว้นภาวะโลหิตจางในช่วงอายุครรภ์ที่ 32 สัปดาห์ ไม่มีข้อมูลในช่วงก่อนเริ่มโครงการ เนื่องจากไม่มีข้อกำหนดให้ตรวจเป็นปกติทุกรายมาก่อน รายละเอียดดังตารางที่ 3.14

อัตราส่วนมารดาตาย พบว่า จังหวัดลพบุรีไม่มีมารดาตายในช่วงปี 2551 และ 2552 จังหวัดมหาสารคามไม่มีมารดาตายตั้งแต่ปี 2549 ถึง 2552 ดังนั้นใน 2 จังหวัดนี้ จึงไม่สามารถทดสอบค่าสถิติความแตกต่างช่วงก่อนเริ่มโครงการและช่วงหลังโครงการได้ ส่วนอีก 3 จังหวัด อัตราส่วนมารดาตายไม่แตกต่างกันในช่วงก่อนเริ่มโครงการและช่วงหลังโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีข้อสังเกตว่า เนื่องจากจำนวนมารดาเสียชีวิตลดลงมาก หากมีการตายเพิ่มเพียง 1 หรือ 2 ราย จะทำให้อัตราส่วนมารดาตายสูงขึ้นมากทันที

ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ส่วนใหญ่เกินร้อยละ 10 ซึ่งเป้าหมายงานอนามัยแม่และเด็กกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 มีจังหวัดเชียงรายที่อัตราเกือบทุกปีต่ำกว่าร้อยละ 10 ทั้ง 5 จังหวัด ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ในช่วงก่อนเริ่มโครงการและช่วงหลังโครงการ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ที่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ พบว่า เกินร้อยละ 10 ที่จังหวัดลพบุรี และนครศรีธรรมราช ทั้ง 2 ปี และจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2552

4.3 เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการคลอดและการฝากครรภ์

เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการคลอดและการฝากครรภ์ในทุกจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการคลอด เช่น การคลอดติดขัด ทำให้เด็กมีภาวะติดไหล่ หรือมีภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด ส่วนเรื่องร้องเรียนขณะตั้งครรภ์ มักเป็นเรื่องเด็กไม่ดิ้น และมีผลต่อการตกตายในครรภ์ จังหวัดลพบุรี ไม่มีเรื่องร้องเรียนขณะตั้งครรภ์ ตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ส่วนจังหวัดอื่นๆ มีเรื่องร้องเรียนขณะตั้งครรภ์ 1-2 รายจากทารกตายในครรภ์ ซึ่งแนวโน้มมิได้เพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 3.15

4.4 ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฝากครรภ์

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฝากครรภ์ ได้แก่ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ และค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ของผู้มาคลอดทั้งหมด ซึ่งข้อมูล 2 ส่วนนี้มีเฉพาะหลังเริ่มโครงการ พบว่า ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ ประมาณร้อยละ 30 ถึงร้อยละ 50 มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นที่จังหวัดลพบุรี และนครศรีธรรมราช ส่วนอีก 3 จังหวัด สัดส่วนลดลงเล็กน้อยในปี 2552 สำหรับค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ของผู้มาคลอดทั้งหมด มีข้อมูลเฉพาะปี 2552 พบว่า ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดที่จังหวัดลพบุรี 4.1 ครั้ง และจังหวัดกาฬสินธุ์ 4.6 ครั้ง มากที่สุดที่จังหวัดมหาสารคาม 10.7 ครั้ง แสดงในตารางที่ 3.16

มีข้อสังเกตว่า การนับจำนวนครั้งการฝากครรภ์อาจไม่เป็นทิศทางเดียวกัน บางแห่งนับทุกครั้งที่มาคลินิกฝากครรภ์ บางแห่งนับเฉพาะครั้งที่มีการตรวจครรภ์ ไม่นับการมาฟังผลเลือด เป็นต้น

ตารางที่ 3.13 ผลลัพธ์ด้านเด็ก เปรียบเทียบช่วงก่อนเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2548 -2550) และช่วงหลังเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2551 -2552)

ผลลัพธ์	ลพบุรี	เชียงราย	มหาสารคาม	กาฬสินธุ์	นครศรีธรรมราช
1. อัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย (ร้อยละ)					
● 2548	8.3	10.6	6.6	8.8	8.7
● 2549	14.1	20.1	6.9	7.8	7.8
● 2550	9.2	9.5	8.3	8.1	7.9
● 2551	8.7	8.2	6.9	7.9	7.9
● 2552	8.7	8.5	8.3	8.8	8.2
<i>P-value*</i>	0.544	0.083	0.543	0.767	0.767
2. อัตราการขาดออกซิเจนที่ 1 นาที ในทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีพ)					
● 2548	20.8	37.4	17.6	29.5	42.4
● 2549	16.5	37.5	18.0	27.4	39.1
● 2550	21.0	34.7	24.4	24.1	32.4
● 2551	15.3	24.4	24.7	23.3	29.1
● 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)					
● 2548	6.6	14.1	3.5	7.8	0
● 2549	0	14.3	4.6	6.8	10.2
● 2550	2.5	15.1	7.3	8.5	10.0
● 2551	6.3	8.6	6.2	7.5	8.4
● 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
4. อัตราทารกตายปริกำเนิด (ต่อพันการเกิดมีชีพ)					
● 2548	8.3	7.7	7.0	9.3	8.6
● 2549	7.1	6.9	7.2	7.3	9.2
● 2550	6.4	7.5	5.4	9.8	6.5
● 2551	7.8	8.6	4.9	4.5	6.2
● 2552	8.0	7.1	4.5	6.0	6.2
<i>P-value*</i>	0.564	0.564	0.083	0.083	0.076

*P-value of the Mann-Whitney test

ตารางที่ 3.14 ผลลัพธ์ด้านมารดา เปรียบเทียบช่วงก่อนเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2548 -2550) และช่วงหลังเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2551 -2552)

ผลลัพธ์	ลพบุรี	เชียงราย	มหาสารคาม	กาฬสินธุ์	นครศรี ธรรมราช
1. อัตราส่วนมารดาตาย (ต่อแสนการเกิดมีชีพ)					
● 2548	14.4	18.2	12.5	34.0	11.2
● 2549	15.4	9.4	0	10.9	11.0
● 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>	-	<i>0.564</i>	-	<i>0.564</i>	<i>0.121</i>
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก					
● 2548	15.2	8.9	11.5	12.7	9.2
● 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>	<i>0.248</i>	<i>1.0</i>	<i>0.767</i>	<i>0.554</i>	<i>0.083</i>
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-Whitney test*

หมายเหตุ ** ไม่มีข้อมูล ปีงบประมาณ 2548 – 2550 เนื่องจากไม่ได้จัดเก็บไว้

ข้อ 2 และข้อ 3 คำนวณจาก จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่า Hemoglobin < 11 gm % หรือค่า Hematocrit < 33 % หารด้วยจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะเลือดทั้งหมด คูณด้วย 100

ตารางที่ 3.15 จำนวนเรื่องร้องเรียน เปรียบเทียบช่วงก่อนเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2548 -2550) และช่วงหลังเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2551 -2552)

เรื่องร้องเรียน	ลพบุรี	เชียงราย	มหาสารคาม	กาฬสินธุ์	นครศรี ธรรมราช
1. เรื่องร้องเรียน การคลอด					
● 2548	0	ไม่มีข้อมูล	5	1	2
● 2549	0	ไม่มีข้อมูล	1	3	1
● 2550	1	2	2	5	1
● 2551	0	6	3	3	2
● 2552	0	5	4	4	4
2. เรื่องร้องเรียน การตั้งครรภ์					
● 2548	0	ไม่มีข้อมูล	0	0	0
● 2549	0	ไม่มีข้อมูล	1 (SB)	0	1 (SB)
● 2550	0	0	1 (SB)	0	1 (SB)
● 2551	0	1	2*	1 (SB)	2 (SB)
● 2552	0	0	1 (SB)#	0	2 (SB)

หมายเหตุ SB หมายถึง Stillbirth, * เด็กพิการ 1 ราย และ SB 1 ราย, # มีการร้องเรียนเพิ่มเติมเนื่องจาก
ตั้งครรภ์ หลังทำหมัน 7 ราย ไม่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์

ตารางที่ 3.16 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ของผู้มาคลอด ช่วงหลังเริ่มโครงการ (ปีงบประมาณ 2551 -2552)

เรื่องร้องเรียน	ลพบุรี	เชียงราย	มหาสารคาม	กาฬสินธุ์	นครศรีธรรมราช
1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 12 สัปดาห์					
• 2551	34.6	55.2	53.9	37.7	41.6
• 2552	40.9	53.9	48.0	35.4	50.5
2. ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ของผู้มาคลอด					
• 2551	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
• 2552	4.1	9.5	10.7	4.6	7.0

หมายเหตุ วิธีคำนวณ

ข้อ 1 คำนวณจาก หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์หารด้วยหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทั้งหมดในช่วงปีดังกล่าว คูณด้วย 100

ข้อ 2 คำนวณจากจำนวนครั้งการมาฝากครรภ์รวมของผู้มาคลอดทั้งหมด หารด้วยจำนวนผู้มาคลอดทั้งหมดข้อมูลในตารางนี้มีเพียงปี 2551 และ 2552

ส่วนที่ 5 ข้อมูลจากศูนย์อนามัย

5.1 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานระบบ ANC แนวใหม่

การประเมินผลโครงการครั้งแรก พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบ ANC แนวใหม่ ดังนี้

ก. ปัญหาด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร ความสับสนในการนัดตามช่วงระยะเวลา ความวิตกกังวลของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการเกิดทารกตายในครรภ์ และระยะเวลาตรวจที่นานขึ้น เนื่องจากมีกิจกรรมหลายอย่างเพิ่มขึ้น

ข. ปัญหาด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้รับบริการจำนวนหนึ่งอยู่จังหวัดใกล้เคียง การนัดห่างเกินไป อาจทำให้ไม่สามารถติดตามผู้รับบริการได้ต่อเนื่อง และผู้รับบริการบางคนเปลี่ยนใจไปรับบริการที่อื่น เนื่องจากการนัดที่ห่างออกไป ทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ผู้รับบริการบางคนปฏิเสธการตรวจภายใน และผู้รับบริการที่ศูนย์อนามัยต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ดังนั้น เมื่อมีกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น ค่าบริการจึงสูงขึ้น จึงเลือกไปที่อื่น

การติดตามประเมินผลโครงการ ครั้งที่ 2 พบว่า ปัญหาที่ศูนย์อนามัยยังคงมีอยู่ คือ

ก. ปัญหาด้านผู้ให้บริการ แบ่งออกเป็น 2 เรื่อง ได้แก่

1) ปัญหาขาดความเข้าใจในการดำเนินงาน ANC แนวใหม่ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเป็นชุดใหม่ ยังไม่เข้าใจการดำเนินงาน ANC แนวใหม่ทั้งหมด จึงต้องใช้การพูดคุยปรึกษาหารือ และศึกษาจากคู่มือการปฏิบัติงาน

2) ปัญหาความวิตกกังวลของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน แพทย์บางท่านยังคงมีความวิตกกังวล หรือมีความคิดเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับการให้บริการ เช่น เรื่องจำนวนครั้งที่นัดหมาย และการให้การรักษากรณีผลตรวจปัสสาวะผิดปกติ เป็นต้น

“การตรวจปัสสาวะ UA มันมีปัญหาในเรื่องของ Positive เยอะตรวจเสร็จมันจะขึ้น Nitrite Leukocyte มันจะขึ้นตลอด หลักการถ้าขึ้นตัวเดียวคุณหมอมจะไม่รักษา ถ้าขึ้นสองตัวถึงจะรักษา ตอนนี้ยังให้หมอคุยกันให้เคลียร์ในเรื่องของการตรวจปัสสาวะ บางคนก็ต้องรอส่ง Culture ก่อน บางคนต่างไม่ยอมว่าจะรักษา หรือไม่รักษา ถ้าขึ้น 2 ตัว ถามคุณหมอแล้วก็ยังตกลงกันไม่ได้ แพทย์บางคนก็สั่งให้รักษาเลย บางคนก็ไม่รักษา ตรงนี้ก็เป็นปัญหาเหมือนกัน ให้หมอตกลงให้เป็นแนวเดียวกันก่อน”

ข. ปัญหาด้านผู้รับบริการ แบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ได้แก่

1) ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้รับบริการที่ต้องจ่ายเงิน ไม่สามารถ ใช้จ่ายรทอง ดังนั้น เมื่อมีการตรวจรักษาที่เพิ่มเติมหลายอย่างจากเดิมที่เคยปฏิบัติไว้ ทำให้ผู้รับบริการ ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการตรวจภายใน การตรวจอัลตราซาวด์ และการให้ยา วิตามิน รวมทั้งมีสารไอโอดีน

“ตอนนี้การตรวจปัสสาวะทุกคน คนไข้ที่มาต้องตรวจทุกราย แต่ต้องคุยกับคนไข้ก่อนว่า จะต้องมียาจ่ายเพิ่มอีก 350 บาท แต่ก็คุยข้อดีกับข้อเสียให้คนไข้ฟัง ค่าใช้จ่ายคนไข้เพิ่มขึ้นจาก 700 เป็น 1,000 ต้องอธิบาย คุยกับคนไข้ก่อน เพื่อความเข้าใจ ให้คนไข้จ่ายเอง ยาวิตามินรวมทั้งมีสาร ไอโอดีน 1 กระปุก ตกเม็ดละ 2 บาท คนไข้ก็จ่ายเงินเอง”

2) ปัญหาขาดความมั่นใจในระยะห่างของการนัดมารับบริการ โดยผู้รับบริการที่มา รับบริการต้องการพบแพทย์บ่อยๆ ซึ่งได้เปรียบเทียบกับบริการครั้งที่ผ่านๆ มา หรือมารดาเคยมาฝาก ครรภ์ที่นี่ และได้รับการดูแลตามระบบเดิม จึงเกิดความไม่มั่นใจ หากการนัดห่างกว่าที่เคยปฏิบัติ

“คนไข้ที่นี้ไม่อยากมาพบแพทย์ เพราะว่าเรามีความวิตกกังวลในการตั้งครรภ์ แล้วอีกอย่างคือ คนไข้ที่ศูนย์ส่วนใหญ่จะเป็นคนไข้ที่มีพ่อแม่ที่เคยฝากครรภ์ที่นี่ หรือตัวเขาเองเป็นคนไข้เก่า เป็นแฟน พันธุ์แท้จริงๆ เลย คือ เขาจะได้รับบริการแบบเก่ามาแล้ว พอเราปรับเปลี่ยนใหม่ เขาค่อนข้างจะรับ ยาก”

“คนไข้ไม่ชอบ ขอบมาบ่อย เพราะคนไข้ไปพูดข้างนอกว่า ทางรพ. มีแนวใหม่ ไม่ต้องมาบ่อย เลยทำให้คนไข้ลดไปช่วงหนึ่ง ทางรพ. ต้องอธิบาย และให้คนไข้เลือกว่า จะเอาแนวไหน เอง เพราะ รพ. ของเราต้องเก็บเงินคนไข้ที่มาใช้บริการเป็นหลัก”

3) ปัญหาความคับคั่งของจำนวนผู้รับบริการ เนื่องจากการจัดระบบโดยให้ ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คือให้เลือกว่าอยากมาบ่อยหรือมาห่าง ในกรณี Low Risk Cases ทำให้ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ และจำนวนผู้รับบริการที่มาที่ศูนย์อนามัยฯ ยังคงมีจำนวนเช่นเดิม มี ผู้รับบริการรายเก่า ประมาณ 40 คนต่อวัน รายใหม่ประมาณ 8-10 คนต่อวัน ซึ่งหากมีผู้รับบริการ รายใหม่มาจำนวนมาก เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานก็จะซักประวัติและให้บริการไม่ทัน

“คนใช้รายใหม่ ถ้ามาเยอะๆ เจ้าหน้าที่ไม่พอ ก็จะ Screen ไม่ทัน แต่คนใช้ส่วนใหญ่ก็เต็มใจมารับบริการนะ”

4) ปัญหาความร่วมมือในการทำงานของผู้รับบริการ มีผู้รับบริการบางส่วนที่ต้องการตรวจเร็วๆ และมีถึงร้อยละ 60 ที่ไม่มาฟังผลเลือด และโรงเรียนพ่อแม่ โดยจะมาฟังผลเมื่อมาตรวจครรภ์ครั้งต่อไป

ค. ปัญหาด้านสถานที่

สถานที่มีความคับแคบ และอยู่ในบริเวณที่ไม่ค่อยเหมาะสมสถานที่ เช่น ห้องตรวจอัลตราซาวด์อยู่ใกล้กับห้องตรวจ Bone Density และหากย้ายจุดสำหรับการให้บริการตรวจอัลตราซาวด์มารวมกับห้องตรวจครรภ์แล้ว จะทำให้คับแคบมาก ศูนย์อนามัยฯ บางแห่งประสบปัญหาเรื่องห้องน้ำไม่สะดวกสำหรับผู้รับบริการ แต่ขณะนี้ได้มีนโยบายในการพิจารณาปรับปรุง และขยับขยายสถานที่ให้เหมาะสม เพื่อสามารถให้บริการได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

ง. ปัญหาด้านระบบบริหารจัดการ งบประมาณ เอกสาร และการสนับสนุน แบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ได้แก่

1) ปัญหาจากการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ กล่าวคือ การทำงานเป็นแบบทีมสหวิชาชีพทำให้ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ต้องเน้นความเห็นชอบของทีมงานทุกคน เนื่องจากขณะนี้ แพทย์ยังคงมีความเห็นไม่สอดคล้องกันในกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจภายใน เป็นต้น

2) ปัญหาเกี่ยวกับวิธีการนัด โดยให้ผู้รับบริการเลือกวิธีการนัดแบบเดิม หรือแนวใหม่ ซึ่งผู้รับบริการทุกคนได้รับบริการครบถ้วนตามแนวใหม่ คือ การตรวจปัสสาวะด้วย Multiple Dipstick การตรวจภายในกรณีที่มีอาการ การตรวจเลือด จำนวน 2 ครั้ง และผู้รับบริการทุกคนจะได้รับการคัดกรองด้วย Classifying Form ทำให้จำนวนผู้รับบริการยังคงมีจำนวนเช่นเดิม ไม่ลดลง ซึ่งเป็นเรื่องดีเนื่องจากศูนย์อนามัยฯ ต้องหารายได้จากจำนวนผู้รับบริการ

3) ปัญหาขาดแพทย์ผู้รับผิดชอบในการให้บริการ กล่าวคือ หากผู้รับบริการมีจำนวนมาก และแพทย์ที่รับผิดชอบในคลินิกติดราชการ แผนการดำเนินงานที่กำหนดไว้ เช่น การตรวจภายใน ก็จำเป็นที่จะต้องเลื่อนการให้บริการออกไปเป็นครั้งต่อไป

“หมอหน่อย บางครั้งเจอถ้าคนไข้เยอะมาก บางครั้ง หมอลาพอดี หรือไปราชการพอดี แทนที่ว่าจะ PV ก็ต้องเลื่อนออกไป หรือบางครั้งเจอวันหยุดเยอะๆ บางครั้งเรานัด 80 คน 100 คน แล้วเราทำครึ่งวัน แทนที่จะเป็นไปตาม Program ที่ Plan ไว้”

4) ปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการตรวจภายใน โดยโรงพยาบาลทั้งสองแห่งยังไม่ได้ให้บริการตรวจภายในแก่ผู้รับบริการทุกรายทั้งหมด โดยจะตรวจเฉพาะรายที่มีอาการ

“การตรวจภายในจะ *Loss* ไปเยอะ เท่าที่ทำมา 9 เดือน จะตรวจภายในได้ 55 เปอร์เซ็นต์ เท่านั้น ยอดคนไข้ประมาณ 350 คน จากการตรวจก็ดี เจอคนไข้ที่เป็น CA เราก็ก็นำ Refer ต่อ”

สรุปปัญหาที่พบยังคล้ายกับการประเมินผลครั้งแรก และเนื่องจากศูนย์อนามัยต้องพึงรายได้จากจำนวนผู้รับบริการ ดังนั้น ผู้รับบริการจำนวนมากจึงเป็นเรื่องดี

5.2 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการคลินิก ANC แนวใหม่ ยังพบว่า มีทัศนคติทั้งที่เห็นด้วยและไม่เห็นใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ก. ทัศนคติเห็นด้วย

1) ทัศนคติเดิมเห็นด้วย และยังคงเห็นด้วย พบในหัวหน้าคลินิก 1 แห่ง และผู้ปฏิบัติงาน 1 แห่งโดยให้เหตุผลดังนี้

- ช่วยลดจำนวนครั้งของการมารับบริการ และลดความแออัดของโรงพยาบาล เพียงแต่ใช้เวลาในการให้บริการมากขึ้น และก็เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการได้รับการตรวจภายใน และตรวจปัสสาวะ ด้วย Multiple Dipstick เป็นต้น
- โรงพยาบาลมีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อย่างครบถ้วน
- ผู้บริหารให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ทุกอย่าง

“ดี ช่วยสำหรับการลดจำนวนครั้งของการให้บริการ แต่ระยะเวลาอาจเพิ่มขึ้น ลดความแออัดของการมาเข้าโรงพยาบาล ต้องตกลงกับคนไข้ที่มารับบริการ ตกลงกับเค้าก่อน ในกรณีที่สามารถเลือก Case เพราะมีการทำ PV ตรวจ Urine ด้วย Multiple Dipstick จากเดิมที่เราไม่เคยตรวจตรงนี้ หนูถือว่าดี”

“บางคนก็ชอบ บางคนก็ไม่ชอบ ขึ้นอยู่กับว่าถ้าอยู่บ้านไกล ก็ไม่ชอบมาบ่อย จะเอายาไปครั้งหนึ่งห่างเลย 6 Weeks แต่ทาง รพ. ก็ให้เบอร์โทรฯ ว่าถ้ามีอะไรผิดปกติให้มาพบแพทย์ได้เลย ตลอดไม่ต้องรอนถึงวันนัด บางคนที่อยู่ในเมืองจะชอบมาบ่อย ขอมามากน้อยนะ”

“ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในเรื่องการให้บริการเต็มที่ ดูแล้ว เปิดไฟเขียว มีการทำสื่อประชาสัมพันธ์ รวมทั้งอื่นๆ ที่เค้าควรจะได้รับ แต่ติดตรงที่ *Urine Culture* ยังไม่มีงบประมาณให้เค้า 200 ก็มากสำหรับเค้า”

2) ทศนคติเดิมไม่แน่ใจ เปลี่ยนมาเป็นเห็นด้วย

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน 1 แห่ง เดิมไม่แน่ใจในระบบ ANC แนวใหม่ แต่เปลี่ยนมาเป็นเห็นด้วย โดยให้เหตุผล คือ ผู้บริหารให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ทุกอย่าง รวมทั้งแพทย์ให้การสนับสนุนเต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการตรวจภายใน และการตรวจอัลตราซาวด์ ส่วนพยาบาลทำหน้าที่เพียงแค่คอยให้ความช่วยเหลือเท่านั้น และโรงพยาบาลมีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อย่างครบถ้วน

ข. ทศนคติไม่แน่ใจ พบในหัวหน้าคลินิก 1 แห่ง เนื่องจาก

- ทศนคติของแพทย์เกี่ยวกับการให้บริการ คือ แพทย์บางคนยังคงมีความวิตกกังวล และมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับกิจกรรมการให้บริการต่างๆ เช่น การตรวจภายใน เป็นต้น
- ขาดความมั่นใจในผู้รับบริการ เกรงว่าผู้รับบริการยังไม่มีความพร้อม และวุฒิภาวะ ในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพตัวเอง

“ยังบวกลบ แล้วแต่สถานการณ์ คือ จริงๆ มัน Mix กันได้เลย โดยกิจกรรมบางอย่างนำมาใช้ แทน เช่น การตรวจ *Multiple Dipstick* ทุกวัน เมื่อพบความผิดปกติ ต้องรายงานแพทย์ทุกวัน”

5.3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ให้บริการ ในการขยายผล

ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยทั้ง 2 แห่ง ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการขยายผลการให้บริการ ANC แนวใหม่ ดังนี้

ก. การฝึกอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน คือ ควรมีการฝึกอบรม เพิ่มทักษะแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในเรื่องต่างๆ เช่น การตรวจภายใน เนื่องจากบางครั้งพยาบาลยังไม่เคยมีทักษะในการตรวจภายในสำหรับหญิงตั้งครรภ์ หรือบางแห่งไม่มีสูติแพทย์ ก็ต้องให้แพทย์ทั่วไปที่ประจำ OPD ตรวจภายในแทน

“การตรวจภายใน ต้องให้ความรู้ สอน อบรม เพราะบาง รพ. ทำไม่ได้ อาจจะทำในลักษณะ
เครือข่าย เพราะมันต้องขยายผลไปที่ สอ. ด้วย แล้วอีกอย่างมันขึ้นกับค่าใช้จ่ายที่คนไข้จะต้อง
รับผิดชอบด้วย”

ข. ควรสร้างทัศนคติที่ดีให้แก่บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ ควรมี
การส่งเสริมทัศนคติที่ดี และสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหาร
แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง โดยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการให้บริการ
ANC แนวใหม่ สร้างความเข้าใจและความมั่นใจให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เกิดการยอมรับและเข้าใจใน
การให้บริการ เช่น ควรขยายแนวคิดให้กับแพทย์ (สูติแพทย์) ได้เห็นถึงความสำคัญ และยอมรับการ
ทำงานให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งหากแพทย์ไม่เห็นด้วยกับการให้บริการต่างๆ ก็จะไม่สามารถ
ดำเนินงานได้ และควรดำเนินงานเมื่อมีความพร้อมในเรื่องต่างๆ เนื่องจากเรื่องสูติกรรมเป็นเรื่อง
ละเอียดอ่อน

“ถ้าในความคิดหนู มันต้อง จะทำในระดับประเทศ มันอาจจะมีปัจจัยทั้งที่จะสำเร็จ และไม่
สำเร็จ ถ้าผู้บริหารเห็นด้วย และทีมงานเห็นความสำคัญ โอเคด้วย ก็ใช้ได้ละ เพราะทุกวันนี้เค้ารับ
คนไข้ก็เยอะ จำนวนครั้ง ภาระงานเค้ามาก”

“อันแรก ต้องขยาย Idea ให้บุคลากรก่อน คือ แพทย์ให้ได้ก่อน แพทย์ต้องคิดให้ได้ก่อนว่า
ทำเพื่อประโยชน์แก่คนไข้ ถ้าแพทย์ Say No แล้วก็ No ทำไม่ได้ เพราะว่าการตรวจต่างๆ อยู่ใน Order
ของแพทย์สั่ง”

“ตอนนี้งานสูติกรรมเป็นงานที่ละเอียดอ่อน แล้วมันก็เสี่ยง ตอนที่ประชาชนยอมรับไม่ได้ว่า
ลูกตาย แม่ตาย ตายไม่ได้สักคน ถ้าตายคือเกิดเรื่อง คือปัญหาเป็นเรื่องละเอียดอ่อน คือเราจะไปบอก
ว่าทุกจังหวัดต้องทำเหมือนกันหมดหน้า หนูคิดว่าคงไม่ได้”

ค. ควรมีการสนับสนุนเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น โดยกรมอนามัยควรให้การ
สนับสนุนเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่ทันสมัยและจำเป็นสำหรับการให้บริการแก่สถานบริการ
ต่างๆ เช่น เครื่องมือสำหรับตรวจภายใน เครื่องอัลตราซาวด์ และเครื่องฟังเสียงหัวใจเด็ก (Drop
Tone) เป็นต้น ซึ่งการให้บริการจะต้องคำนึงถึงปริมาณผู้รับบริการที่จะมารับบริการในคลินิกฝากครรภ์
หากปริมาณผู้รับบริการในแต่ละครั้งมีจำนวนมาก อาจไม่สามารถดำเนินการให้บริการได้ทันเวลา

ง. การสนับสนุนสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือการปฏิบัติงาน และสื่อเอกสารความรู้ต่างๆ โดยกรมอนามัยควรให้การสนับสนุนสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือการปฏิบัติงาน และสื่อเอกสารความรู้ต่างๆ ที่มาจากส่วนกลาง เพื่อที่จะได้สามารถปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งหากแต่ละสถานบริการดำเนินการจัดทำเองจะมีราคาค่อนข้างแพง

จ. ควรมีข้อกำหนดเชิงวิชาชีพรองรับการปฏิบัติงาน โดยในแต่ละกิจกรรมการให้บริการต่างๆ ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ควรมีข้อกำหนดในเชิงวิชาชีพรองรับ เพื่อให้ปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจและสบายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมการตรวจภายใน ควรให้แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินงาน ในกรณีที่มิใช่แพทย์ หรือสูติแพทย์เพียงพอ

ฉ. การบูรณาการระบบบริการ ANC แนวเดิมและ ANC แนวใหม่ เข้าด้วยกัน ทำให้รู้สึกสบายใจในการทำงานทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

“จะ Mix กัน แล้วจะสอบถามคนไข้ เราก็สบายใจด้วย เราไม่ต้องบังคับเขา สบายใจที่จะทำงาน แพทย์ก็ Happy คนไข้ก็ Happy เราก็ Happy คนไหนยินดีจ่าย Full Course เราก็ทำให้”

ช. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ในระดับนโยบายทั่วประเทศ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขทำการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบในระดับนโยบาย และควรทำทั่วประเทศเหมือนกัน

“ต้องลงทุกจังหวัด ไม่อย่างนั้นการส่งต่อมันจะยาก อย่างคนไข้ที่มาจากเพชรบูรณ์จะมาก ทางรพ. ต้องทำหนังสือถึง สสจ. เพชรบูรณ์ว่า เรามีนัดแบบแนวใหม่ ขั้นตอนการนัดเป็นแบบนี้ ไม่อย่างนั้น เขาไม่รู้ว่ามีการนัดแนวใหม่นะ เคียวมันจะมีปัญหากัน เพราะทำเป็นบางที่บางจังหวัด พอมีการส่งต่อกัน เจ้าหน้าที่ก็ไม่เข้าใจกันเอง ก็จะมีปัญหา”

ซ. ควรคำนึงถึงบริบทของแต่ละสถานบริการ โดยประเมินความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาล ว่า มีความพร้อมที่จะดำเนินงานหรือไม่ ขึ้นอยู่กับศักยภาพของโรงพยาบาล ตั้งแต่เรื่องของบุคลากร โรงพยาบาล แพทย์ และสูติแพทย์ เป็นต้น

ณ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดย สปสช. ควรเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการต่างๆ เช่น การตรวจภายใน การตรวจปัสสาวะ และการเจาะเลือด เป็นต้น

5.4 ข้อมูลจากผู้รับบริการ

การติดตามประเมินผลโครงการในช่วงแรก ได้สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองแล้ว โดยสามารถให้ดูแลครรภ์แนวใหม่ตาม Basic Components จำนวน 20 ราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการชักประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 65 ได้รับการชักประวัติส่วนตัว ร้อยละ 40 และได้รับการชักประวัติทางสูติกรรม ร้อยละ 25

ส่วนการตรวจร่างกาย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 80 ได้รับการตรวจหัวใจและปอด ร้อยละ 25 ตรวจดูการบวมของขาและเท้า ร้อยละ 15 ตรวจดูภาวะซีด หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจเต้านม ตรวจหน้าท้อง รวมทั้งได้รับการฟังเสียงหายใจทารกในครรภ์ และการตรวจครรภ์แฝด

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า เกือบทุกรายของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ตรวจเลือด ตรวจซีฟิไลส ตรวจหมู่เลือด ตรวจความเข้มข้นของเลือด และตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย มีเพียงร้อยละ 20 ที่ไม่ได้ตรวจปัสสาวะในวันนั้น

การจัดให้มีการดูแลสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการฉีดวัคซีน ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก และโฟเลต ยาบำรุงที่มีไอโอดีน แคลเซียมเสริม ได้รับคำแนะนำต่างๆ ได้มีการนัดครั้งต่อไป การแจ้งกำหนดคลอด และได้บันทึกลงในสมุดบันทึกสุขภาพ

ความพึงพอใจต่อการบริการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับเมื่อมาฝากครรภ์ พบว่า ร้อยละ 66.7 พึงพอใจระดับปานกลางเกี่ยวกับการตรวจภายใน ร้อยละ 55 พึงพอใจระดับปานกลางเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย ระบบต่างๆ และเวลาที่รอคอย ร้อยละ 50 พึงพอใจระดับปานกลางเกี่ยวกับเวลาที่เจ้าหน้าที่พูดคุยให้คำแนะนำ ร้อยละ 30 พึงพอใจระดับปานกลางเกี่ยวกับค่าบริการที่ต้องจ่าย และร้อยละ 10 พึงพอใจระดับน้อยต่อบริการที่ต้องจ่าย โดยร้อยละ 75 มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก

การติดตามประเมินผลโครงการ ครั้งที่ 2 ได้สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในระบบการดูแลครรภ์แนวใหม่ จำนวน 10 คน โดยลักษณะทั่วไปของผู้ตั้งครรภ์โดยรวม (ตารางที่ 5.1) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ครึ่งหนึ่งมีช่วงอายุระหว่าง 20-24 ปี และอายุต่ำสุด 21 ปี ส่วนอายุสูงสุด 34 ปี โดยอายุครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 27-32 สัปดาห์ ส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่สอง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา โดยหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักคือ แม่บ้านกับค้าขาย

หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการทุกคน ไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม เด็กตายคลอด และเด็กตายในช่วง 7 วันหลังคลอด โดยมีเพียงหญิงตั้งครรภ์จำนวน 1 คน ที่มีประวัติการแท้ง

ในการฝากครรภ์แนวใหม่ หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับการประเมินความเสี่ยงการตั้งครรภ์ ด้วย Classifying form ซึ่งประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม

ตารางที่ 5.2 แสดงบริการที่ได้รับ ประกอบด้วย การชักประวัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การเจ็บป่วย โรคที่เคยเป็น การเจ็บป่วยช่วงที่ผ่านมา การผ่าตัด การใช้ยาหรือแพ้ยาสุนัขใด ประวัติทางสูติกรรม ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา การผ่าตัดคลอด อาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ปัจจุบัน การดิ้นของเด็ก การกินยา การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการจัดให้มีการดูแลรักษาของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์พบว่า มีการชักประวัติการเจ็บป่วย และชักประวัติทางสูติกรรมทุกราย

การตรวจร่างกาย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับการในเรื่องของการบริการซึ่งนำหน้าหนักวัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ตรวจเต้านม และท่าทารก คลำหน้าท้อง ดูส่วนนำของทารกในครรภ์ กิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการครบทุกคน คือ ตรวจภาวะซีด ฟังเสียงหายใจและเสียงหัวใจ ดูการบวมที่ขาของหญิงตั้งครรภ์ และการวัดความสูงของมดลูก เป็นต้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ ได้รับการตรวจปัสสาวะ ตรวจอัลตราซาวด์ ตรวจเลือด ตรวจซีฟิลิส ตรวจหมู่เลือด ตรวจความเข้มข้นของเลือด และการคัดกรองธาลัสซีเมียครบทุกอย่างทุกคน

การจัดให้มีการดูแลรักษา หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการฉีดวัคซีน ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กและโฟเลต ยาบำรุงที่มีไอโอดีน แคลเซียมเสริม ได้รับคำแนะนำต่างๆ ได้มีการนัดครั้งต่อไป การแจ้งกำหนดคลอด และได้บันทึกลงในสมุดบันทึกสุขภาพฯ

ตารางที่ 5.3 แสดงความพึงพอใจต่อบริการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับ เมื่อมาฝากครรภ์ในการตรวจครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทุกรายมีความพึงพอใจมากในเรื่องของการตรวจครรภ์ โดย 8 ใน 10 คน มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก บริการที่ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจน้อย คือ การตรวจภายในและการตรวจอัลตราซาวด์

ตารางที่ 5.4 ข้อเสนอแนะในภาพรวมของหญิงตั้งครรภ์ มี 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ระบบการให้บริการ 2) ด้านผู้ให้บริการ 3) สถานที่ให้บริการ เช่น การลดขั้นตอน ระยะเวลาในการรอรับบริการให้บริการรวดเร็วขึ้น การพูดจาของผู้ให้บริการ และที่นั่งรอ

ตารางที่ 5.1 จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	จำนวน
อายุ	10
• 20-24 ปี	5
• 25-29 ปี	4
• 30-35 ปี	1
อายุครรภ์	10
• 5-12 สัปดาห์	0
• 13-20 สัปดาห์	0
• 21-26 สัปดาห์	0
• 27-32 สัปดาห์	6
• 33-38 สัปดาห์	4
ครรภ์ที่	10
• ครรภ์ที่ 1	3
• ครรภ์ที่ 2	7
การศึกษา	10
• ประถมศึกษา	1
• มัธยมศึกษา	5
• อาชีวศึกษา	2
• ปริญญาตรี	2
อาชีพหลัก	10
• แม่บ้าน	4
• รับจ้างทั่วไป	1
• ค้าขาย	4
• ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1

ตารางที่ 5.2 จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามกิจกรรมที่ได้รับเมื่อมาฝากครรภ์

กิจกรรม	จำนวน (n = 10)
การซักประวัติ	
• ส่วนตัว	7
• การเจ็บป่วย	10
• ทางสูติกรรม	10
การตรวจร่างกาย	
• ชั่งน้ำหนัก	10
• วัดส่วนสูง	10
• วัดความดันโลหิต	10
• ภาวะซีด	5
• ฟังเสียงการหายใจและเสียงหัวใจ	4
• ดูการบวมที่ขา	5
• เต้านม	10
• วัดความสูงของมดลูก	8
• หน้าท้อง การฟังเสียงหายใจทารกในครรภ์และการตรวจหา ครรภ์แฝด	10
• ทำทารก คลำหน้าท้อง ดูส่วนหัว	10
• ตรวจภายใน	6
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
• ปัสสาวะ	10
• อัตราขาวด์	10
• เลือด	10
• ซีฟิไลส	10
• หมู่เลือด	10
• ความเข้มข้นของเลือด	10
• การคัดกรองธาลัสซีเมีย (OF/MCV/DCIP)	10

ตารางที่ 5.2 จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามกิจกรรมที่ได้รับเมื่อมาฝากครรภ์ (ต่อ)

กิจกรรม	จำนวน (n = 10)
การจัดให้มีการดูแลรักษา	
● ฉีดวัคซีน	10
● ยาเสริมธาตุเหล็ก และโฟเลต	10
● ยาบำรุงที่มีไอโอดีน	10
● แคลเซียมเสริม	10
● ให้คำแนะนำต่างๆ	10
● การนัดครั้งต่อไป	10
● การแจ้งกำหนดคลอด	10
● บันทึกลงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	10

ตารางที่ 5.3 จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

ขั้นตอน	รวม			
	n	มาก	ปานกลาง	น้อย
ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ				
• การขึ้นบัตรตรวจ	10	8	2	-
• การให้ความรู้รายกลุ่ม	10	3	7	-
• การให้คำแนะนำเฉพาะเรื่องที่ต้องการ	10	5	5	-
• การประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์	10	6	4	-
• การชักประวัติต่างๆ	10	9	1	-
• การชั่งน้ำหนัก วัดความสูง วัดความดัน	10	9	1	-
• การตรวจปัสสาวะ	10	8	2	-
• การตรวจเลือด	10	6	4	-
• การตรวจภายใน	10	2	1	7
• การตรวจร่างกาย ระบบต่างๆ	10	6	3	1
• การตรวจครรภ์	10	10	-	-
• การฉีดวัคซีน	10	2	8	-
• คำแนะนำที่ได้รับ	10	9	1	-
• การตรวจ Ultrasound	10	3	1	6
• ความสามารถของแพทย์ และพยาบาล	10	8	1	1
• สื่อ อุปกรณ์ที่ใช้ความรู้	10	4	6	-
• สถานที่ตรวจ	10	8	2	-
• เวลาที่เจ้าหน้าที่สอบถามพูดคุยให้คำอธิบาย	10	9	1	-
• เวลาที่รอตรวจ	10	5	3	2
• ค่าบริการที่ต้องจ่าย	10	8	2	-
• ความพึงพอใจต่อบริการ ANC โดยรวม	10	8	2	-

ตารางที่ 5.4 จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามประเด็นเสนอแนะ

ลำดับที่	ประเด็น	จำนวนผู้เสนอแนะ
1.	ระบบการให้บริการ - ลดขั้นตอน ระยะเวลาในการรอรับบริการ หรือให้บริการ รวดเร็วขึ้น	1
2.	ผู้ให้บริการ - เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่/แพทย์ให้มากกว่านี้ - การพูดจาไพเราะ - การให้ความรู้ ข้อมูล คำอธิบาย แนะนำ และตอบคำถาม ให้ชัดเจน	1 1 1
3.	สถานที่ให้บริการ - จัดที่นั่งให้เพียงพอสำหรับผู้รับบริการ	1

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะในการขยายผลโครงการระบบ ANC แนวใหม่

6.1 ข้อเสนอแนะของหัวหน้าคลินิก ANC

ก. ข้อเสนอแนะด้านผู้ให้บริการ เสนอโดยหัวหน้าคลินิก ANC มี 6 ประเด็น ดังนี้

1) การปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เสนอโดยหัวหน้าคลินิก ANC ในโรงพยาบาล จำนวน 10 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 2 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 4 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 4 แห่ง โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ แพทย์ หัวหน้ากลุ่มงาน ห้องปฏิบัติการ ห้องคลอด ห้องฉุกเฉิน และทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จะต้องมีการทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการ ANC แนวใหม่ เพื่อลดภาวะการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนสร้างความรู้สึกร่วมกัน และความมุ่งมั่นในการทำงาน โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์และคุณค่าของการทำงานดังกล่าว

“จังหวัดอื่น ก็น่าจะทำได้ อยู่ที่ความมุ่งมั่น ความเข้าใจที่จะทำ มันก็ไม่ยาก ถ้าเรามีงบประมาณช่วยในการซื้อยา อุปกรณ์ต่างๆ”

“ได้แต่ต้องแนะนำ เช่น ให้เขาปรับการบริหารงบประมาณอย่างไร ปรับทัศนคติเจ้าหน้าที่ในการทำงาน ถ้าเขาลงมือทำสักระยะหนึ่ง เขาจะเห็นว่าเกิดประโยชน์จริงๆ นะ”

2) การสนับสนุนอัตรากำลังให้เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ และภาระงานที่กำหนดไว้ เสนอโดยหัวหน้าคลินิก ANC ใน รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 2 แห่ง

3) การสร้างความเข้าใจให้กับทีมงาน ANC แนวใหม่ เสนอโดยหัวหน้าคลินิก ANC ในโรงพยาบาล จำนวน 16 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 4 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 6 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 6 แห่ง กล่าวคือ ควรมีการอธิบาย เพื่อทำความเข้าใจในหลักการทำงาน ให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และให้มีส่วนร่วมในกระบวนการให้บริการตั้งแต่เริ่มแรก เช่น ภาระงาน และเหตุผลในการตรวจครรภ์แต่ละช่วงอายุครรภ์ ผลดี และผลที่ได้รับ เป็นต้น ตลอดจนให้ความสำคัญกับทีมงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการ ANC แนวใหม่ ซึ่งไม่ใช่เฉพาะเพียงบุคลากรสังกัดในคลินิก ANC เท่านั้น แต่รวมไปถึงผู้บริหาร แพทย์ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ ER ฝ่ายเวชกรรมสังคม ห้องคลอด ห้องปฏิบัติการ และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อให้คำนึงถึงประโยชน์ของการทำงานร่วมกัน

“เวลาเราทำงาน เรามักมีระบบของเรา ซึ่งเราคิดว่าคืออยู่แล้ว ทีนี้ถ้าเราจะเอาอะไรใหม่เข้ามา ถึงแม้จะมี Protocol ชัดเจน แต่เราไม่ได้ทำคนเดียว ไม่ใช่โยนตูมมาที่ ANC คนที่จะทำร่วมกับเราต้องมาคุยกันก่อน คือตัวนี้ถ้าทำ ผลดีอยู่กับผู้รับบริการคืออะไร ผลดีกับโรงพยาบาลคืออะไร”

“ก็ต้องเตรียมคนก่อน ต้องชี้แจงคนก่อน จังหวัดต้องชี้แจงทั้งหมดก่อน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ห้องคลอด ANC, Lab พวก Lab จะหาว่าเพิ่มงาน คือ CBC และ U/A”

“ถ้าเตรียมรับไปทำต่อ หนึ่งอย่างน้อยต้องให้เค้าเข้าใจในเรื่องของหลักการก่อน ว่าที่นั่นน้อยลงแต่ละครั้ง เราต้องดูแลอะไรเค้า Cover แคลไหน ต้องให้เค้าเคลียร์ตรงนั้นด้วย แต่ถ้านัดน้อยครั้งลง แต่ให้บริการเหมือนเดิม ไม่ได้ Check list อะไร ที่ว่ามันก็ยิ่ง Lost มากขึ้น บางที ต้องดูตอนคลอดว่า ปัญหาตามมาหรือเปล่า เพราะถ้า ANC ไม่ดี ปัญหามันก็จะตามมาอยู่แล้ว”

“ทุกคนเขาก็จะดูบริบทของตัวเองในพื้นที่ของตัวเอง บางทีผู้บริหารยังไม่เห็น จะมีหลายๆอย่าง ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร ทีมงานอะไรลงมา การไปรับรู้ Concept บางทีรับรู้ Concept เดียวกัน กลับมาใจไม่เปิดก็มี ใจเปิดอยากทำ ไม่พร้อมก็มี คือแต่ละที่ไม่เหมือนกัน”

4) ผู้บริหารต้องเข้าใจ เห็นความสำคัญกับนโยบายการให้บริการ และเต็มใจที่จะดำเนินงาน ANC แนวใหม่ เพราะจะได้เป็นผู้นำในการสนับสนุนงานอย่างชัดเจน เต็มที่ในทุกเรื่องให้ประสบผลสำเร็จ เสนอโดยหัวหน้าคลินิก ANC ในโรงพยาบาล จำนวน 10 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 4 แห่ง และ รพช.ขนาดเล็ก จำนวน 5 แห่ง

“ผู้บริหาร ผู้ใหญ่ต้องรู้ ไม่ใช่ว่า ไปรับมา ก็จะทำให้ผู้รับผิดชอบมาทำเลย ก็ตัดสินใจไม่ได้ มันจะดี หรือทำได้จริง ต้องรู้ด้วยว่า ต้องทำนะ เห็นชัดเจน การสนับสนุนชัดเจน เป็นมาตรฐาน”

5) การพัฒนาองค์ความรู้ ฝึกอบรม และเพิ่มทักษะในการทำงานแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เสนอโดยหัวหน้าคลินิก ANC ในโรงพยาบาล จำนวน 18 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 3 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 6 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 9 แห่ง โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งระดับโรงพยาบาลและระดับสถานีอนามัย ซึ่งครอบคลุมทั้งผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และบุคลากรกลุ่มที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ต้องได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ เพิ่มทักษะ และฝึกอบรมเพื่อทำความเข้าใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงาน ANC แนวใหม่ หรืองานอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง เช่น แนวคิดเกี่ยวกับโครงการ ที่มา ประโยชน์ของโครงการ โดยอาจกำหนดระยะเวลา 3 เดือนต่อครั้ง

เพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในกระบวนการให้บริการ ANC แนวใหม่ ความรู้และทักษะในการตรวจภายใน และการตรวจอัลตราซาวด์ รวมไปถึงการวินิจฉัยของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ภาวะ Anemia และ Down Syndrome เป็นต้น หากจำเป็นการฝึกอบรมให้แก่พยาบาล เพื่อดำเนินการตรวจภายในหรือตรวจอัลตราซาวด์แทนแพทย์ จะเป็นการช่วยลดภาระงานให้แก่แพทย์ เนื่องจากแพทย์มีจำนวนน้อย หรือกรณีแพทย์ติดภารกิจตรวจคนไข้

“เจ้าหน้าที่ ต้องเตรียมความรู้ เตรียมทัศนคติ อย่างเช่น อาจจะมีเวที สมมติเราต้องไปประชุมของกรมอนามัย ANC ทั้งประเทศ อาจจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรืออาจจะมีเวทีเปิดใจผู้ที่เข้าร่วมโครงการ ปัญหาอุปสรรค อะไรประมาณนี้ หรือมีเวทีถกเถียงกัน คือ มีเวทีแลกเปลี่ยนกลับมา ถ้าทำแล้วต้องติดตาม ดูว่ามีการร้องเรียนเพิ่มขึ้นมั้ย ปัญหาที่เกิดขึ้น หรือ *Death Fetus* มั้ย”

“ถ้าเป็นไปได้ ก็คือ อยากให้มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ที่จะต้อง PV อย่างนี้ สืบสานมันติดปกติ เค้าจะได้มีความรู้ น่าจะมีการ *Train* กันก่อน ก่อนที่จะดำเนินโครงการ ตัวเจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้ทุกอย่าง ก่อนที่จะทำกับคนไข้ จริงอยู่ที่เราเคยตรวจภายใน PV แต่มันไม่ใช่ คือเราเคยทำเฉพาะในคนปกติ จริงอยู่อาจไม่แตกต่างกัน เพียงแต่ว่าเราอยากมีความรู้เรื่องการตรวจภายในของหญิงตั้งครรภ์”

“ถ้าจะขยาย ก็คือ ต้องเตรียมบุคลากรให้พร้อมก่อน ก่อนที่จะให้เค้าลงมือปฏิบัติ หนึ่งต้องถามเค้าว่าบุคลากรก่อนว่าขาดหรือเปล่า หรือให้เค้าคุยในกลุ่ม ในจังหวัดก่อนว่า จะมีปัญหาไหม ถ้าเกิดมี ANC แนวใหม่ ต้องมี PV ต้องมี U/A และต้องมีอัลตราซาวด์ จะมีปัญหาเรื่องบุคลากร เรื่องวัสดุอุปกรณ์หรือเปล่า ต้องเตรียมความพร้อมไว้ก่อน ไม่ใช่ว่าอยู่ๆ ก็ทำนะ ทำนะ บุคลากรก็ไม่มีความรู้ก็ยังไม่ชัด”

6) เตรียมความพร้อมเรื่องทัศนคติที่ดีของแพทย์ต่อการให้บริการ ANC แนวใหม่
เสนอโดยหัวหน้าคลินิก ANC ในโรงพยาบาล จำนวน 5 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 2 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง กล่าวคือ ควรมีการเตรียมความพร้อมเรื่องทัศนคติที่ดีของแพทย์ต่อการให้บริการ ANC แนวใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสูติแพทย์ ควรสร้างความรู้ความเข้าใจ และสร้างแรงจูงใจให้สูติแพทย์เห็นความสำคัญของการให้บริการ ANC แนวใหม่ โดยการสร้างความร่วมมือในการดูแล และเห็นความสำคัญของกิจกรรมเรื่องการตรวจภายใน การตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจปัสสาวะ เป็นต้น

“เรื่องสุดท้ายที่ควรเตรียมคือ ทักษะของแพทย์ โดยเฉพาะเรื่องการทำ PV ว่าแพทย์บางที่คุดๆ กับน้องๆ ว่ายังมีปัญหาอยู่ น่าจะเตรียมมาตั้งแต่เริ่มเรียนเลยว่า คนท้องจะต้องทำ PV ทุกรายต่อไป”

ข. ข้อเสนอแนะด้านผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะด้านผู้รับบริการ คือ ควรมีการชี้แจงและสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้รับบริการเบื้องต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาใช้บริการ รวมทั้งช่วงที่ผู้รับบริการมาฟังผลเลือด และเข้าโรงเรียนพ่อแม่ เช่น การนัด การประเมินความเสี่ยง การเจาะเลือด และการตรวจภายใน เป็นต้น เพื่อเป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ดีให้แก่ผู้รับบริการได้ดูแลและเอาใจใส่สุขภาพตนเองมากขึ้น ซึ่งเสนอโดยหัวหน้าคลินิก ANC ในโรงพยาบาล จำนวน 5 แห่ง เป็น รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 4 แห่ง

“ถ้าเราบอกตั้งแต่โรงเรียนพ่อแม่ เขาก็จะโอเคว่าเขาจะเลือกแบบไหน แต่สิ่งสำคัญคือ เขาต้องดูแลตัวเองมากขึ้น”

ค. ข้อเสนอแนะด้านเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

เสนอโดยหัวหน้าคลินิก ANC ในโรงพยาบาล จำนวน 24 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 4 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 8 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 14 แห่ง ได้แก่

1) ควรให้การสนับสนุนเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ ให้ครบถ้วนก่อนเริ่มโครงการ เสนอโดยหัวหน้าคลินิก ANC ในโรงพยาบาล จำนวน 24 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 3 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 8 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 13 แห่ง กล่าวคือ ควรให้การสนับสนุนเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ ที่จำเป็นให้ครบถ้วน และพร้อมก่อนเริ่มดำเนินงาน เช่น ยาวิตามินรวมที่มีสารไอโอดีน, Multiple Dipstick เตียงและเครื่องมือสำหรับตรวจภายใน รวมทั้งงบประมาณต่างๆ เพื่อจะได้มีความพร้อมสำหรับการให้บริการ โรงพยาบาลใดมีครบถ้วนแล้ว อาจไม่ต้องสนับสนุนมากนัก ส่วนโรงพยาบาลที่ขาดแคลน ก็ควรให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์มากขึ้น

“เตรียมคนให้เข้าใจก่อน สองต้องมีเครื่องมือเครื่องมือให้เขาด้วย เช่น ต้องตรวจ Multiple Dipstick ต้องให้ความรู้ ว่า Multiple Dipstick คืออะไร”

“ถ้าจะทำทั้งประเทศ คุณต้อง Support ไม่ใช่ทำตามยถากรรม ส่วนกลางต้องจัดหาที่มีมาตรฐาน ที่มีไอโอดีน โอนเงินมาใช้ในงานหญิงตั้งครรภ์ ให้ความสำคัญ กรมอนามัยให้อาเงินที่ สปสข. ต้องมีงบ เพื่อบริหารจัดการให้ได้ตามมาตรฐานของกรมอนามัย”

“ต้องมีอุปกรณ์ อย่างเช่น อุปกรณ์ในการตรวจครรภ์ พวก Drop Tone และ U/S คนไข้เค้าจะฟังพอใจในการใช้ Drop tone นี้แหละ พยาบาลบางคนยังใช้หูฟังอยู่เลย จะไม่ชัด พอมาที่โรงพยาบาล มีเสียง Drop Tone ให้เค้าฟัง ฟังเสียงหัวใจลูกคุณนะ บางทีก็กลัวมือเรียกสามีมามาฟังเสียงหัวใจลูกด้วยนะ”

2) ควรให้การสนับสนุนสื่อ เอกสารความรู้สำหรับให้ลูกศึกษาแก่พ่อแม่ เสนอโดย หัวหน้าคลินิก ANC ในโรงพยาบาล จำนวน 10 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 4 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 3 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง ได้แก่

-การจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน ANC แนวใหม่อย่างชัดเจนและครอบคลุมทุกด้าน โดยสรุป ขั้นตอน กระบวนการ และกิจกรรมที่จะต้องดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานของแต่ละช่วงอายุครรภ์ และจัดทำเป็นคู่มือปฏิบัติงานให้ชัดเจนอย่างละเอียด เพื่อที่จะได้สามารถนำไปปฏิบัติเป็นระบบ มาตรฐานเดียวกันได้ ไม่สับสน โดยอธิบายหรือระบุรายละเอียดของวิธีการให้บริการ ประโยชน์ ข้อดี และข้อเสียของแต่ละกิจกรรม เช่น การนัดผู้รับบริการรายที่เป็น Low Risk กิจกรรมที่ฟังได้รับในแต่ละช่วงอายุครรภ์ การเจาะเลือด และการตรวจภายใน เป็นต้น

“แนวในการปฏิบัติแต่ละข้อให้ละเอียดชัดเจน เมื่อเจ้าหน้าที่มาอ่านหนังสือคู่มือให้เข้าใจได้เลย เช่น เรื่องของคนไข้ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมาแล้ว สามารถนำเข้า Low Risk ได้หรือไม่ ตอนนี้เลยยังไม่ตัดสินใจ บางเรื่องไม่เคลียร์ อยากให้คู่มือชัดเจน เอกสารควรเป็นแนวเดียวกัน เนื้อหาที่ให้มานั้นเยอะมาก ควรสรุปย่อๆ มาว่าควรปฏิบัติยังไง รู้สึกว่ามันหลายหน้า คนที่ทำงานก็ลำบาก บางครั้งก็ Loss ไปเลย”

“คู่มือที่เขาให้มา ได้มาคนละเล่มกับแพทย์ เวลาที่ทำกับน้อง สอ. เราก็อยากให้น้อง สอ. ได้ด้วย คู่มือเอกสารควรเตรียมความพร้อมออกมาเป็นแนวเดียวกันหมด ทางโรงพยาบาลต้องดำเนินการเองทุกเล่ม ถ้าเป็นมาจากกรมอนามัยเลยทีเดียวก็น่าจะดี ติดตามอยู่ในสมุดสีชมพู เหมือนกันทุกที่ทั้งประเทศ ไม่ต้องให้แต่ละพื้นที่ทำเพิ่ม แล้วเกิดความไม่สวยงาม”

-สนับสนุนสื่อเอกสารความรู้ประเภทต่างๆ เช่น หนังสือ แผ่นพับ ซีดีการ์ตูน เกี่ยวกับการเจาะเลือด โรคธาลัสซีเมีย ซีดีในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อจะได้เปิดให้ผู้รับบริการ ได้ดู เพราะพ่อแม่ส่วนใหญ่จะได้ตระหนัก และเห็นความสำคัญในการมาตรวจและรับบริการ รวมทั้งผู้ที่ เป็นชาวเขาจะให้ความสนใจและเข้าใจในการดูแลทารกมากกว่าการอ่านหนังสือ หรือภาพพลิก รวม ไปถึงอุปกรณ์ต่างๆ เช่น เต้านมจำลอง หรืออุปกรณ์ในการแก้ไขหัวนม เป็นต้น เนื่องจากบางสถาน บริการไม่มี และหาซื้อค่อนข้างยาก

“ควรสนับสนุนสื่อ โดยเฉพาะซีดี เปิดให้ความรู้ เคยให้แผ่นพับเค้า เค้าไม่ค่อยสนใจ เค้าจะ ได้สนใจ แต่ถ้าได้ซีดี ตาดูทุกที คนใช้ส่วนใหญ่ไม่ค่อยอ่าน พวกที่เป็นตัวหนังสือ ภาพพลิก แผ่น พับ ที่ผ่านมามีต้องทำเอง หาเอง ไหนจะต้องบริการ ดูแลคนไข้ ถ้าได้ ก็สะดวกขึ้น”

“ควรสนับสนุนพวกสื่อเอกสาร เป็นซีดีจากกรมอนามัย เพื่อการให้สุขศึกษาเป็นที่น่าสนใจ เราจะได้ให้ดู เปิดให้ดูจะดีกว่า เช่น อาจเป็นเรื่องราวของคนท้องคนหนึ่ง ต้องทำอะไร ต้องไปหา หมอ แฟนมีส่วนช่วยดูแลอย่างไร ให้เป็นเรื่องราวที่เป็นการ์ตูนเหมือนของบริษัทฯ เพื่อที่ชาวเขาจะ ได้เข้าใจมากกว่าหนังสือ หรือพวกภาพพลิก”

3) สนับสนุนสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่เป็นมาตรฐาน ANC แนวใหม่ เสนอโดย หัวหน้าคลินิก ANC ในโรงพยาบาล จำนวน 7 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 2 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก 5 แห่ง โดยมอบสมุดบันทึกสุขภาพฯ แก่โรงพยาบาลทั่วประเทศ และจัดทำเอกสาร แบบฟอร์ม Classifying Form และ Check List ใต้ลงในสมุดบันทึกสุขภาพฯ ซึ่งอาจจัดทำให้มีรูปแบบ กะทัดรัด ใช้งานได้ง่าย สะดวก คุณภาพครบถ้วน และเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ เพื่อ โรงพยาบาลแต่ละแห่งจะได้ไม่ต้องทำเพิ่มเติมกันเอง ดังนั้น ควรมีการศึกษาให้ชัดเจนว่าจะใช้เอกสาร อะไรบ้าง จะใช้แบบฟอร์มประเมินความเสี่ยง จำนวน 18 ข้อ หรือ 20 ข้อ เป็นต้น

“สิ่งแรก คือ สมุดสีชมพู ต้องปรับเป็นเรื่องแรก คือให้สอดคล้องกับ ANC แนวใหม่ ไม่ว่าจะ เป็น Checklist อะไร ควรทำให้เรียบร้อยในเล่มเดียว ไม่ต้องมาปรับจังหวัดโน้น ส่วนกลางทำให้ จังหวัดนี้ไปผลิตเอง น่าจะมาจากส่วนกลางเลย สิ่งแรกที่ต้องทำและหน้าตามันต้องเหมือนกันหมด”

ง. ข้อเสนอแนะด้านระบบบริหารจัดการ งบประมาณ เอกสาร และการสนับสนุน

เสนอโดยหัวหน้าคลินิก ANC ในโรงพยาบาล จำนวน 15 แห่ง เป็น รพศ./รพท. จำนวน 3 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 5 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก 7 แห่ง โดยมี 7 ประเด็น คือ

1) การให้คำอธิบายเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงตามแบบฟอร์ม **Classifying Form** โดยละเอียด โดยมีการขยายความ และให้รายละเอียดของเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง จำนวน 18 ข้อเพิ่มเติมให้ละเอียด เพื่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจะได้มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเฉพาะเรื่องการผ่าตัด โรคเบาหวาน หรือภาวะเลือดจาง เป็นต้น

“ใน Check List เกณฑ์ 18 ข้อให้ชี้ชัด อาจจะต้องขยายความให้ละเอียดเพิ่มเติม เช่น ยกตัวอย่างกรณีศึกษาโรคเบาหวาน การผ่าตัด เลือดจาง หรือครั้งแรกเลือดจาง พอกินยาแล้วหาย จะเข้าแนวใหม่ได้หรือไม่”

2) การนัดแต่ละช่วงอายุควรให้สอดคล้องกันระหว่างเกณฑ์ 4 ครั้งของ ANC คุณภาพ และ 5 ครั้งของ ANC แนวใหม่ โดยจะต้องตกลงกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้ประกาศเป็นนโยบายอย่างชัดเจน เพื่อให้ดำเนินงานให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

“อยากให้มีเกณฑ์มาตรฐาน 4 ครั้งคุณภาพ และ 5 ครั้งของแนวใหม่ ตกลงกับ สปสช. ก็ต้องประกาศให้ชัดเจนเป็นนโยบาย หรือจะให้เพิ่มอะไร อย่างไร ต้องเร่งดำเนินการ เพราะตอนนี้ถ้าไม่ได้คุณภาพ 4 ครั้งตามคุณภาพการบริการ ก็จะได้ไม่ได้รับงบประมาณรายหัวของประชากร ก็คือ 0”

3) การกำหนดระบบบริการ ANC แนวใหม่ เป็นนโยบายของประเทศอย่างชัดเจน กล่าวคือ กรมอนามัยควรมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และประกาศให้ผู้รับบริการ ผู้ที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไป ได้ทราบถึงนโยบายเกี่ยวกับงาน ANC แนวใหม่โดยทั่วกัน ทั้งในระดับประเทศ จังหวัด และอำเภอ ซึ่งอย่างน้อยจะได้ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไม่ต้องใช้คำอธิบาย หรือชี้แจง เพื่อทำความเข้าใจกับผู้รับบริการเพิ่มเติมมากนัก เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแต่ละโรงพยาบาลจะได้เกิดดำเนินการเป็นลักษณะเดียวกัน เกิดความเชื่อมต่อในการทำงานและสามารถให้การดูแลคนไข้ได้อย่างต่อเนื่องทุกโรงพยาบาล นอกจากนี้แล้ว ยังสามารถปฏิบัติงานได้โดยมีเกณฑ์มาตรฐานรองรับด้วยความสบายใจ และไม่เกิดคดีฟ้องร้องในภายหลัง

“ผู้รับบริการ ก็แน่นอน ต้องประชาสัมพันธ์บอกเขา ก่อนที่จะเริ่ม คือ ทุกสื่อ ถ้าจะให้ดีคือออกทีวี”

“ควรขยายผลไปจังหวัดอื่น เพราะจะได้เกิดความเชื่อมต่อการทำงานในโรงพยาบาลทั้งหมด ดูแลคนไข้ได้ทั้งหมด จะได้ดูแลคนไข้ได้อย่างต่อเนื่องทุกโรงพยาบาล ถ้าฝากที่อื่น แล้วมาฝากต่อกับเราก็คงสามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่องได้เลย”

“ควรขยายผล เพราะว่าคนไข้ได้คุณภาพในการให้บริการหนึ่ง สองคือ ได้แก้ไขปัญหาร่องข้อมูลให้เหมือนกัน คือ จะได้เป็นเรื่องเดียวกันทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ”

4) ควรมีการบูรณาการงาน ANC แนวเดิม และ ANC แนวใหม่เข้าด้วยกัน โดยนำระบบบริการที่ดีของแต่ละแนวมาบูรณาการ เพื่อให้ได้ระบบบริการดูแลครรภ์ที่ดีขึ้น รวมไปถึงต้องมีการพัฒนารูปแบบบริการให้มีความชัดเจน เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานที่เป็นภาพรวมของทั้งประเทศต่อไป

5) ควรมีการปรับช่วงอายุครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่จะมารับบริการ คือ สามารถยืดหยุ่นได้ตามบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เช่น การนัดตามช่วงอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ 26 สัปดาห์ และ 28 สัปดาห์ เป็นต้น

6) ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำงาน โดยศึกษากับหน่วยงานที่เคยดำเนินการให้บริการ ANC แนวใหม่มาแล้ว ถึงความยากง่ายของขั้นตอนหรือกระบวนการให้บริการ ตั้งแต่เรื่องการชักประวัติ การประเมินความเสี่ยง การเจาะเลือด การตรวจภายใน และการตรวจปัสสาวะ เป็นต้น เพื่อจะได้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนก่อนนำไปปฏิบัติจริง เช่น การจัดเวทีฝึกอบรม เพื่อมอบนโยบายการทำงาน ANC แนวใหม่ในครั้งแรก ควรมีรูปแบบให้พื้นที่จังหวัดนำร่อง ไปเป็นตัวต้นแบบนำเสนอเป็นกรณีตัวอย่างเพื่อให้เห็นถึงการปฏิบัติงานที่ชัดเจนแก่จังหวัดขยายผลว่า มีวิธีการทำงาน ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัด และวิธีแก้ไขอย่างไรบ้าง เพื่อแสดงให้เห็นว่าสามารถดำเนินงานได้ตามปกติ

“อยากจะให้มีในเรื่องของ ในส่วนของคนทำงาน มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันบ่อยๆ ถ้าสมมติว่าเรามีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน อาจจะให้โรงพยาบาลใหม่ๆ ที่ยังไม่เริ่มกระบวนการ เข้าไปฟัง แล้วอาจจะเห็นว่า ก็ง่ายนะ แล้วก็เห็นผลลัพธ์เร็วว่ายอดผู้รับบริการลดลงเร็ว ให้ส่วนกลาง จังหวัดจัดเวทีให้คนที่ทำงานมาคุยกัน ให้เห็นกรณีตัวอย่าง”

7) การพัฒนาระบบฐานข้อมูล กล่าวคือ งานอนามัยมารดาเป็นงานที่ค่อนข้างมีความละเอียดอ่อน และมีระบบการรายงานจำนวนมาก ดังนั้น ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลที่สามารถจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลได้อย่างเป็นระบบระเบียบ เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างสมบูรณ์มากที่สุด เนื่องจากระบบการจัดเก็บข้อมูลในปัจจุบันค่อนข้างยุ่งยากและสับสน หากมีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ก็จะสามารถกรอกข้อมูลได้ง่าย และสะดวกแก่การดึงนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป เช่น โปรแกรมสำหรับงานอนามัยแม่และเด็กโดยเฉพาะ ที่สามารถแสดงแล้วประมวลผลเป็นข้อมูลตัวเลขได้เลย

“พูดถึงงานอนามัยแม่นะ มันเป็นงานที่ละเอียดอ่อน และค่อนข้างจะเยาะ ที่จะพูดถึงระบบรายงานนะ บางทีเราน่าจะมีระบบฐานข้อมูลที่ดี สามารถรวบรวมข้อมูลได้ Complete เพราะว่าระบบรายงานค่อนข้างมั่ว มันเยาะ หลายอย่าง ทั้ง Lab ทั้งอะไร หากมีระบบรายงานที่ทำได้สะดวก มันก็น่าจะดีนะ”

จ. ข้อเสนอแนะด้านสถานที่ เสนอแนะโดยโรงพยาบาล จำนวน 6 แห่ง แบ่งเป็น รพศ./รพท. จำนวน 1 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง โดยหัวหน้าคลินิกได้เสนอแนะว่า ควรมีการจัดสถานที่สำหรับให้บริการฝากครรภ์ที่เป็นสัดส่วน โดยไม่ปะปนกับคลินิกผู้ป่วยนอกหรือคลินิกผู้ป่วยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นจุดคัดกรอง ห้องตรวจครรภ์ ห้องตรวจภายใน ห้องตรวจอัลตราซาวด์ รวมไปถึงสถานที่สำหรับจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่และมุมให้ลูกศึกษา เป็นต้น นอกจากนี้แล้ว ควรมีพื้นที่โล่งและไม่แออัด เพื่อความสะดวกและสร้างความผ่อนคลายให้ผู้รับบริการ ตลอดจนช่วยป้องกันให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ต้องไปรับบริการปะปนกับผู้ป่วยอื่นๆ

ฉ. ข้อเสนอแนะด้านอื่นๆ แบ่งออกเป็น 5 เรื่อง ประกอบด้วย

1) การเตรียมความพร้อมของสถานอนามัย เสนอโดยหัวหน้าคลินิก ANC ใน รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 2 แห่ง กล่าวคือ หากจะขยายไปที่สถานอนามัย ต้องคำนึงถึงความพร้อมของบุคลากร เครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ก่อน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดประชุมชี้แจง เช่นเดียวกับการดำเนินงานในจังหวัดน่าน โดยให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องทุกระดับถึงสถานอนามัยไปรับรู้พร้อมกัน โดยเฉพาะความรู้ต่างๆ เช่น การเจาะเลือด และการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก เป็นต้น รวมไปถึงการสำรวจถึงปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับบุคลากร เครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ

2) การเตรียมระบบดูแลและสนับสนุนภาคีเครือข่ายการทำงานให้เชื่อมโยงกัน เสนอ โดยหัวหน้าคลินิก ANC ในโรงพยาบาล จำนวน 9 แห่ง แบ่งเป็น รพศ./รพท จำนวน 2 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 3 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 4 แห่ง กล่าวคือ ควรมีการประชุมหารือ และชี้แจงทำความเข้าใจกับสถานีนามัย เพื่อเป็นการก่อให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่าง เครือข่ายการทำงานต่างๆ ในพื้นที่ให้เป็นระบบมาตรฐานเดียวกัน เช่น ความร่วมมือระหว่าง CUP ของ โรงพยาบาล กับสถานีนามัย คือ การตรวจครรภ์ครั้งแรก การตรวจเลือด การตรวจภายใน การตรวจ อัลตราซาวด์ การส่งต่อ พร้อมพบแพทย์จะมารับบริการที่โรงพยาบาล แต่ในการตรวจครรภ์ครั้งต่อไป ให้มารับบริการที่สถานีนามัยแทน หรือกรณีผู้รับบริการที่เป็น High Risk จะให้การดูแลที่ โรงพยาบาล ส่วนที่เป็น Low Risk ก็สามารภให้การดูแลที่สถานีนามัยได้ตามความสมัครใจ เพื่อจะ ได้ไม่มีปัญหาเรื่องความคับคั่งของผู้รับบริการในโรงพยาบาลทุกครั้ง และทำงานได้เป็นระบบเดียวกัน แต่มี 2 แห่ง ที่เห็นว่าควรดำเนินงานเฉพาะในโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น เนื่องจากหากดำเนินงานในระดับสถานีนามัย จะมีข้อจำกัดในเรื่องบุคลากรมีจำนวนน้อย

“ความจริงแล้ว มันจะเป็นในส่วนของเรื่องความร่วมมือ หรือเรื่องการประสานงานของ โรงพยาบาล ในแต่ละโรงพยาบาล เพราะว่าอย่าง CUP อื่น จะมีว่า สอ. ตรวจ PV ได้ อย่างนี้ไม่มี ปัญหาเลย แบบที่สอง คือ สอ. ไม่ทำ ไม่ตรวจ PV แต่ฝ่ายส่งเสริมทำให้ เราก็กทำให้ ก็แก้ปัญหาไป แต่ก็มีบางที่ ที่ สอ. ก็ไม่ทำ และโรงพยาบาลก็ไม่ทำให้ด้วย แต่มีโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ดีมากค่ะ ห้อง คลอดทำ PV ให้หมดเลย”

“ของอำเภอเรา ไม่ทำเฉพาะโรงพยาบาล จะให้อนามัยทำด้วย เพราะว่ามา ANC ที่โรงพยาบาล อนามัยเขาไม่รู้ว่าจะทำอะไรอยู่ อย่างคนไข้ไป ANC ต่อที่อนามัย อนามัยจะสงสัยว่า ทำไม โรงพยาบาลนัดอย่างนี้”

3) สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ เสนอโดยหัวหน้าคลินิก ANC ใน รพช. ขนาดเล็ก 3 แห่ง กล่าวคือ สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ โดยสนับสนุนให้อาสาสมัคร “แม่อาสา” ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ANC แนวใหม่ หรือสร้างเครือข่าย อสม. แม่และเด็ก (ชมรมสายใยแห่งครอบครัว) ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการสำรวจสถานการณ์ ปัญหา ความ ต้องการ และติดตามเชิญชวนให้หญิงตั้งครรภ์ ได้ตระหนักในการที่จะรับมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลให้เร็วที่สุด เพื่อจะได้ให้บริการดูแลแต่เนิ่นๆ ตลอดจนบทบาทในการเยี่ยมบ้านทั้งก่อนคลอดและหลัง คลอด เป็นต้น

“ที่ว่าอย่างน้อย ถ้า *Promote* ในกลุ่มนี้ จะได้มาช่วยเราเยอะ กลุ่ม อสม. กลุ่มแม่อาสา ถ้าจะเป็นกำลังช่วยงานเราได้เยอะ ตอนนี้บทบาทของ อสม. จะเยี่ยมหญิงมีครรภ์ด้วย ก่อนคลอด และหลังคลอด ถ้าจะเตรียมไปเรื่อยๆ ด้วยนะ ก็จะโอเค เพราะเมื่อกี้พี่หา Case เบอร์โทรศัพท์คนที่ใช้ที่เค้าให้มา โทรศัพท์ไม่เคยติดซักที โทรศัพท์ไปที่อสม. คือ เราก็จะได้คำตอบ”

4) ให้ศึกษาระบบบริการ ANC แนวใหม่ ในหลักสูตรการเรียนการสอนของพยาบาล และแพทย์ หัวหน้าคลินิก ANC จำนวน 2 แห่ง เสนอว่า ควรบรรจุระบบบริการ ANC แนวใหม่ ในหลักสูตรการเรียนการสอนของพยาบาลและแพทย์ เพื่ออย่างน้อยพยาบาลและแพทย์จะได้ทราบล่วงหน้าก่อนที่จะมาปฏิบัติงานจริง

“ถ้าคิดว่า ต่อไปถ้าเราลง ANC แนวใหม่นี้จริงๆ ทั้งประเทศ หมายถึงในตำราสูติศาสตร์เอง ตั้งแต่การสอนระดับนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล ก็ควรจะเปลี่ยน เพราะว่าเด็กเขาเรียนมาอย่างนี้ พอมาอยู่ที่โรงพยาบาลทำไมทำแบบนี้”

5) ควรมีการติดตามหรือนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง เสนอแนะโดยหัวหน้าคลินิก รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง โดยเสนอแนะว่า หลังจากทีกรมอนามัยได้มอบนโยบายการทำงานให้แก่จังหวัดแล้ว ควรมีการวางแผน ติดตามประเมินผล หรือนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง เช่น ประมาณ 3 เดือนต่อครั้ง เพื่อที่จะได้ให้คำปรึกษาแนะนำ ความรู้ความเข้าใจ แก้ไขปัญหา และความมั่นใจในการทำงานให้กับทีมงานในพื้นที่ด้วย

กล่องสรุปที่ 3 ข้อเสนอแนะในการขยายผลโครงการของหัวหน้าคลินิก ANC

ข้อเสนอแนะด้านผู้ให้บริการ ● ปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ● สนับสนุนอัตราค่าจ้างให้เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ และภาระงานที่กำหนดไว้ ● สร้างความเข้าใจให้กับทีมงาน ANC แนวใหม่
ข้อเสนอแนะด้านผู้รับบริการ ● ชี้แจงและสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้รับบริการเบื้องต้น
ข้อเสนอแนะด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ● สนับสนุนเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ ให้ครบถ้วน ● สนับสนุนสื่อ เอกสารความรู้สำหรับให้ลูกศึกษาแก่พ่อแม่ สื่อประเภทซีดี ● จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน ANC แนวใหม่อย่างชัดเจนและครอบคลุมทุกด้าน ● สนับสนุนสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่เป็นมาตรฐาน ANC แนวใหม่
ข้อเสนอแนะด้านระบบบริหารจัดการ งบประมาณ เอกสาร การสนับสนุน ● อธิบายเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง (Classifying Form) จำนวน 18 ข้อโดยละเอียด ● เกณฑ์การนัด 5 ครั้งของ ANC แนวใหม่ สอดคล้องกับ 4 ครั้งของ ANC คุณภาพ ● การกำหนดระบบบริการ ANC แนวใหม่ เป็นนโยบายของประเทศอย่างชัดเจน ● บูรณาการงาน ANC แนวเดิม และ ANC แนวใหม่เข้าด้วยกัน ● ปรับช่วงอายุครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่จะมารับบริการ ● จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำงาน ● พัฒนาระบบฐานข้อมูล
ข้อเสนอแนะด้านสถานที่ ● สถานที่ให้บริการควรเป็นสัดส่วน โดยไม่ปะปนกับคลินิกผู้ป่วยทั่วไป
ข้อเสนอแนะอื่นๆ ● เตรียมความพร้อมสถานีนอนมัย ● เตรียมระบบดูแลและสนับสนุนภาคีเครือข่ายการทำงานให้เชื่อมโยงกัน ● สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ ● บรรจุบริการ ANC แนวใหม่ในหลักสูตรการเรียนการสอนของพยาบาลและแพทย์ ● ควรมีการติดตามหรือนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง

6.2 ข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงาน

ก. ด้านระบบการบริหารจัดการ แบ่งออกเป็น 5 เรื่อง ได้แก่

1) ระดับนโยบายจากส่วนกลางควรให้ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานจากโรงพยาบาล จำนวน 11 แห่ง เป็น รพศ/รพท. จำนวน 3 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 6 แห่ง ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการประชุมสัมมนาให้ทราบทั่วกันทั้งประเทศ ตลอดจนจัดทำนโยบายให้ชัดเจน เพื่อที่จะให้โรงพยาบาลที่จะดำเนินการสามารถนำไปปฏิบัติได้ และควรให้ดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วประเทศ ไม่ใช่ดำเนินงานเฉพาะบางจังหวัดเท่านั้น นอกจากนี้แล้ว ควรมีนโยบายที่จะให้การสนับสนุนเรื่องการจัดสถานที่ให้เอื้อต่อการทำงาน สำหรับการจัดการกิจกรรมต่างๆ และสะดวกสบายทั้งกับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น โรงเรียนพ่อแม่ ห้องตรวจภายใน และห้องตรวจอัลตราซาวด์ เป็นต้น

“นโยบายในการดำเนินการต้องชัดเจน ไม่อย่างนั้นผู้ปฏิบัติจะลำบากใจ ไม่รู้ว่าจะปฏิบัติอย่างไร ถ้านโยบายชัดในส่วนของผู้ปฏิบัติที่ปฏิบัติตัวถูกแนวเดียวกัน จะได้ประสานงานกันหรือพูดคุยกับเวลา มีปัญหาในการดำเนินงาน”

2) เอกสารจากส่วนกลางควรอยู่ในรูปแบบเดียวกัน ผู้ปฏิบัติงานจากโรงพยาบาล จำนวน 8 แห่ง เป็น รพช. ขนาดใหญ่ 2 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก 6 แห่ง มีข้อเสนอแนะว่า ควรจัดทำคู่มือและเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สมบูรณ์และครบถ้วนชัดเจน โดยเฉพาะสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่ควรบรรจุ Classifying Form ลงไปด้วย เพื่อจะได้ใช้เป็นแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้ ส่วนกลางควรจัดทำโปสเตอร์แนวปฏิบัติการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ในทุกเรื่องให้แก่สถานบริการทุกแห่ง

“ควรพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงาน ANC แนวใหม่สำหรับผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน โดยมีขั้นตอนการให้บริการ ระบุไว้ และมีคำอธิบายอย่างละเอียด ประกอบในแต่ละขั้นตอนการให้บริการอย่างชัดเจน เช่น การฝากครรภ์ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ ไม่เกิน 12 สัปดาห์ มีกิจกรรมการให้บริการตามช่วงอายุอะไรบ้าง ให้บริการอย่างไรบ้าง หรือครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 20 สัปดาห์มีกิจกรรมอะไรบ้าง เป็นต้น”

“จัดทำคู่มือให้ชัดเจนเกี่ยวกับค่ามาตรฐานของการตรวจต่างๆ และข้อแนะนำในการเริ่มให้การรักษาย่างถูกต้อง เป็นเอกภาพ เนื่องจากขณะนี้ยังมีความเข้าใจไม่ตรงกัน เช่น ผลการทำ Wet Smear จาก Discharge ช่องคลอด ระดับ Hematocrit ผลการตรวจ Multiple Dipstick เป็นต้น”

3) การบูรณาการด้านการจัดเก็บข้อมูลกับโครงการที่มีอยู่เดิม ผู้ปฏิบัติงานจากโรงพยาบาล จำนวน 5 แห่ง เป็น รพศ/รพท. จำนวน 1 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง มีข้อเสนอแนะว่า ควรบูรณาการระบบการเก็บข้อมูลของโครงการอนามัยแม่และเด็กต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน นอกจากนั้น ควรมีการสนับสนุนโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เพื่อที่จะได้สามารถดึงข้อมูลกลับไปใช้ได้อย่างรวดเร็ว

“ในเรื่องของข้อมูลควรเชื่อมกับโครงการสายใยรักใช้ด้วยกันได้ จะได้ไม่ต้องเก็บหลายอย่างทำหลายอย่าง”

“ระบบข้อมูลออนไลน์ ได้ก็ดี คนไข้จะไปรักษาได้ทุกที่ แล้วข้อมูลจะเหมือนกันไม่ต้องซ้ำประวัติบ่อยๆ”

“งานเอกสาร เก็บข้อมูลเป็นภาระมากขึ้น ต้องมีโปรแกรมเก็บข้อมูล และก๊อปปี้ข้อมูล จะได้ดูข้อมูลได้เลย ทั้งกรมอนามัย สสจ. สามารถดึงข้อมูลไปใช้ได้เลย แต่ก็ยังไม่รู้ว่า มีประโยชน์อย่างไร”

4) การสร้างขวัญและกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานจากโรงพยาบาล จำนวน 4 แห่ง เป็น รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 2 แห่ง มีข้อเสนอแนะว่า ส่วนกลางน่าจะมีสิ่งที่สร้างแรงจูงใจให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งอาจจะเป็นการศึกษาดูงาน ศึกษาความรู้เพิ่มเติมในสถานที่ต่างๆ การมอบรางวัลคลินิกดีเด่น หรืออื่นๆ เป็นต้น

“ให้เจ้าหน้าที่ไปศึกษาดูงานเพิ่มเติม บางที่เราทำของเราจนชิน ไม่เห็นอะไรแปลกๆ ใหม่ๆ บางที่เราว่าเราทำของเราดีอยู่แล้ว แต่พอไปดูเขาที่อื่น เขาทำดีกว่าเรามาก”

“การจัดเวทีทบทวนประสิทธิภาพการทำงาน ปีละครั้ง โดยมีการ Update ข้อมูลข่าวสาร เช่น วิธีการกินยาเคลือบผิว การดึงเต้านมมารดา เป็นต้น”

5) การประสานความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการในทุกระดับ ผู้ปฏิบัติงานจากโรงพยาบาล จำนวน 11 แห่ง เป็น รพศ/รพท. จำนวน 6 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 4 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง ให้ข้อเสนอแนะว่า การดำเนินการปรับเปลี่ยนระบบการให้บริการนั้น มีความจำเป็นต้องประสานงานกับบุคคลที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกรมอนามัย สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานในโรงพยาบาล หรือแม้แต่สถานีอนามัย ก็ต้องมีให้เกิดความร่วมมือกัน ดำเนินงาน และทุกภาคส่วนต้องเข้าใจนโยบายและรูปแบบการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพ ของงานตรงกับเป้าหมาย ผู้ที่สำคัญที่สุดในการปรับเปลี่ยนนั้น คือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน โดยกลุ่ม ผู้บริหารถือว่าเป็นผู้มีอำนาจการตัดสินใจในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการบริหารจัดการ การ สนับสนุนงบประมาณ เมื่อได้ทราบวัตถุประสงค์และเข้าใจแนวทางก็จะเกิดการสนับสนุน เนื่องจาก ได้รับฟังการชี้แจงด้วยตนเอง และผู้ปฏิบัติงาน ANC โดยเฉพาะหัวหน้าคลินิกก็สำคัญ เพราะจะต้องรับ นโยบายมาถ่ายทอดให้กับทีมงาน เมื่อบุคลากรทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันแล้ว ก็จะไม่ เกิดปัญหาเรื่องความไม่เข้าใจในการดำเนินงาน การสนับสนุนในด้านต่างๆ ก็จะไม่อุปสรรค หรือ หากส่วนกลางมีงบประมาณเพียงพอ ควรเชิญผู้ปฏิบัติงานทั้งในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาล ร่วมรับนโยบายด้วยก็จะเป็นการดียิ่งขึ้น หรือภายในอำเภอจัดการประชุม MCH Board ระดับอำเภอ เพื่อวางแผนการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ

นอกจากนี้แล้ว ควรมีการประชุมชี้แจงให้กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้ได้รับทราบ และมีความเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อสร้างความร่วมมือและบทบาทของแต่ละฝ่ายที่จะต้องดำเนินงานร่วมกัน หรือ ในบางครั้งหากผู้รับผิดชอบไม่สามารถทำงานได้ก็มีผู้แทนจากฝ่ายอื่น เช่น ห้อง Lab เกษษกร ห้องยา ห้องฟัน ห้องคลอด และแพทย์ เป็นต้น รวมไปถึงการประชุมกับหน่วยงานภายนอก เช่น โรงพยาบาล เครือข่ายที่ร่วมมือกันใน CUP

“ต้องให้ สอ. ยอมรับด้วยว่าเป็นบทบาทหน้าที่ในการทำ ANC แนวใหม่ เพราะตอนนี้เขาคิดว่า เป็นการเพิ่มภาระ”

“ประชุมฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับงาน ANC แนวใหม่ก่อนที่จะเริ่มลงมือ อยากให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบว่า จะทำแบบนี้ ทำอย่างนี้ ถ้าจะให้ทำ ต้องมีการประชุมกันก่อน เช่น Lab เกษษกร ห้องยา ห้องฟัน หมอ”

ข. ด้านวัสดุอุปกรณ์ สื่อ เอกสาร

ผู้ปฏิบัติงานจากโรงพยาบาล จำนวน 20 แห่ง เป็น รพศ/รพท. จำนวน 2 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 10 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 8 แห่ง มีข้อเสนอแนะว่า ในการดำเนินงานควรมีการ สนับสนุนเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ในการตรวจ ไม่ว่าจะเป็นยาเม็ดวิตามินที่มีสารไอโอดีน Multiple dipsticks, Drop Tone, อุปกรณ์สำหรับ PV อุปกรณ์สำหรับเจาะเลือด และเครื่อง NST ให้พร้อม รวมทั้งการสนับสนุนสื่อวัสดุอุปกรณ์สำหรับการให้ความรู้ และคู่มือการปฏิบัติงาน ANC ให้เพียงพอ ต่อจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก

“เอกสารคู่มือควรเยอะไม่ใช่ที่ละเล็ม”

“GA ประมาณ 20 week เราจะให้ไปตรวจที่สอ.ถ้าเป็นไปได้อยากให้ สอ.มีอุปกรณ์ตรวจเหมือนที่โรงพยาบาล และอาจให้ทันสมัยหน่อย”

“จัดทำเป็นสื่อให้ความรู้ที่เป็นมาตรฐานกลาง ให้ทุกโรงพยาบาล กับคนไข้ เช่น อายุครรภ์ 2 เดือน จะมีความผิดปกติอะไรบ้าง มีอาการแพ้ท้อง อย่างกินของแปลกนะ”

ค. ด้านการติดตามประเมินผล

ผู้ปฏิบัติงานจากโรงพยาบาล จำนวน 5 แห่ง เป็น รพศ/รพท. จำนวน 2 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 2 แห่ง มีข้อเสนอแนะว่า การดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จนั้น ควรติดตามประเมินผล และนิเทศงานจากส่วนกลางอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อที่จะเป็นการช่วยกระตุ้น ให้คำปรึกษาแนะนำ และแก้ไขปัญหาในการทำงานให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานในช่วงแรก

“ส่วนกลางมีการติดตาม หรือนิเทศงาน เพื่อช่วยกระตุ้น ให้คำปรึกษาแนะนำ และแก้ไขปัญหาในการทำงานให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้ทันที อาจเป็นระยะๆ ทุก 6 เดือน”

ง. ด้านบุคลากร

ผู้ปฏิบัติงานจากโรงพยาบาล จำนวน 23 แห่ง เป็น รพศ/รพท. จำนวน 3 แห่ง รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 7 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 13 แห่ง มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรถือเป็นหัวใจสำคัญในการดำเนินงานเพราะหากบุคลากรไม่มีทัศนคติเชิงบวก และไม่มีความรู้ การดำเนินงานทุกอย่างก็ยากที่จะสำเร็จได้ และควรมีการจัดอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับภาระงาน ดังนั้น ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรใน 3 เรื่อง ดังนี้

1) ด้านทัศนคติ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องต้องสร้างความพร้อมทางด้านจิตใจของเจ้าหน้าที่ และต้องเตรียมทั้งกายและใจ มีทัศนคติที่ดี

“เตรียมความพร้อมด้านจิตใจของเจ้าหน้าที่ด้วยค่ะ ให้เจ้าหน้าที่เขายอมรับ และตระหนัก”

2) ด้านทักษะความรู้ ควรมีการพัฒนาทักษะวิชาการ หรือฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับงาน ฝึกอบรมทักษะในการตรวจครรภ์ ตรวจภายใน การดูแลครรภ์ High Risk Low Risk การอัลตราซาวด์ เทคนิคการตรวจครรภ์ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง การให้สุศึกษาและคำแนะนำกับหญิง ตั้งครรภ์ และการตรวจภายในหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

“เจ้าหน้าที่ต้องแม่นยำให้ Health Education ต้องรู้ว่าให้ไปเพื่ออะไร ต้องได้รับการอบรมใน แนวทางเดียวกัน”

“แรก ๆ เจ้าหน้าที่พร้อมที่จะดำเนินการมีความตั้งใจที่จะทำ ถ้าไม่เต็มใจก็ไม่ได้ประโยชน์”

“ต้องเตรียมคน เตรียมความรู้คน ถ้าคนได้ ก็จะราบรื่น ถ้าคนไม่รู้เหนือรู้ได้ ไม่ได้เรื่องค่ะ”

“บางที่ต้องไปฟื้นฟู เรื่อยๆ เพราะเป็นน้องใหม่ อาจจะเป็นเรื่องการตรวจครรภ์ การ PV การ ดูแลครรภ์ที่ที่เป็น High Risk และ Low Risk”

3) ด้านกำลังคน ควรเพิ่มกำลังคนไม่ว่าจะเป็นแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพ ในการตรวจ ในแต่ละจุดเพื่อลดระยะเวลาในการรอคอยของคนไข้ และเสนอแนะให้มีสูติแพทย์ประจำในแต่ละ โรงพยาบาล

“เจ้าหน้าที่เพียงพอในแต่ละจุดบริการ เช่น จุดที่ 1 ชักประวัติ จุดที่ 2 โรงเรียนพ่อแม่ จุดที่ 3 ตรวจภายใน และจุดที่ 4 ตรวจครรภ์ ซึ่งขึ้นอยู่กับขนาดเตียงของโรงพยาบาลด้วย หาก 30 เตียงก็จะ โอเค”

“ทุกโรงพยาบาลควรมีสูติแพทย์ ประจำที่โรงพยาบาล ที่จะมีการดำเนินการ ANC แนวใหม่”

“ต้องมีสูติแพทย์ อย่างน้อย 1 ท่าน เพื่อดีสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ”

จ. ด้านสถานที่

ผู้ปฏิบัติงานจากโรงพยาบาล จำนวน 3 แห่ง เป็น รพช. ขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง และ รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีสถานที่เป็นสัดส่วน และทุกกิจกรรมให้อยู่ในบริเวณ เดียวกัน เหมือนเป็น One Stop Service เช่น การตรวจภายใน การตรวจฟัน และพบแพทย์ เป็นต้น

จ. ด้านผู้รับบริการ

ผู้ปฏิบัติงานจาก รพช. ขนาดเล็ก จำนวน 2 แห่ง เสนอแนะว่า ควรมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการให้บริการแก่ผู้รับบริการ โดยอธิบายให้ผู้รับบริการทราบว่า การฝากครรภ์แนวใหม่คืออะไร บริการที่ควรได้รับในแต่ละครั้งมีอะไรบ้าง และทำไปเพื่อประโยชน์อะไร

กล่องสรุปที่ 4 ข้อเสนอแนะในการขยายผลโครงการของผู้ปฏิบัติงานคลินิก ANC

ข้อเสนอแนะด้านระบบการบริหารจัดการ ● ระดับนโยบายจากส่วนกลางควรให้ชัดเจน ● เอกสารจากส่วนกลางควรอยู่ในรูปแบบเดียวกัน ● การบูรณาการด้านการจัดเก็บข้อมูลกับโครงการที่มีอยู่เดิม ● การสร้างขวัญและกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ● การประสานความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการในทุกระดับ
ข้อเสนอแนะด้านบุคลากร ● สร้างความพร้อมทางด้านจิตใจของเจ้าหน้าที่ ให้มีทัศนคติที่ดี ● การพัฒนาทักษะวิชาการ หรือเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับงาน ● ควรเพิ่มกำลังคนไม่ว่าจะเป็น แพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพ
ข้อเสนอแนะด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ● สนับสนุนเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆในการตรวจ
ข้อเสนอแนะด้านการติดตามประเมินผล ● ติดตามนิเทศงาน และให้คำปรึกษา อย่างสม่ำเสมอ
ข้อเสนอแนะด้านสถานที่ ● สถานที่เป็นส่วนสำคัญ อยู่บริเวณเดียวกัน เป็น One Stop Service
ข้อเสนอแนะด้านผู้รับบริการ ● ประชาสัมพันธ์ และอธิบายให้ทราบโดยทั่วกัน เกี่ยวกับ ANC แนวใหม่

บทที่ 4

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

อภิปรายผล

จากการทบทวนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการดูแลครรภ์เริ่มดำเนินงานอย่างเป็นระบบตั้งแต่ ค.ศ. 1929 ในประเทศสหราชอาณาจักร โดยนักผู้ตั้งครรภ์มาตรวจครรภ์ประมาณ 15 ครั้ง ทั้งนี้เกิดจากความคิดเห็นของแพทย์ที่ใส่ใจดูแลผู้ตั้งครรภ์อย่างดีที่สุด อย่างไรก็ตามเมื่อมีการศึกษาเพิ่มเติมในหลายการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลครรภ์แบบเดิม (Traditional ANC) และการดูแลครรภ์แบบ Goal-oriented ANC พบว่าผลการตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกันในผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยง (Kean LH, Chan KL 2007, Chan KL, Kean LH 2004, Lumbiganon P. 1998, Munjanja SP et al 1996, ภิเศก ลุมพิกานนท์ และคณะ 2551) และจากการศึกษาของ UNDP/UNFPA/WHO/World Bank เมื่อ ค.ศ. 1996-1998 ยังพบว่าผู้ตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และบางแห่งค่าใช้จ่ายของผู้ตั้งครรภ์ลดลง (ภิเศก ลุมพิกานนท์ และคณะ 2551)

เมื่อกรมอนามัยร่วมมือกับ 5 จังหวัดนำร่อง ดำเนินการขยายผลระบบดูแลครรภ์แนวใหม่เป็นเวลา 1 ปี เพื่อศึกษาระบบการบริหารจัดการในการขยายผลทั่วประเทศต่อไป โดยเริ่มปฏิบัติการการให้บริการ ANC แนวใหม่ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2551 เป็นต้นมา จึงได้ติดตามประเมินผล 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2552 และครั้งที่ 2 เมื่อเดือนกันยายน-ตุลาคม 2552 ในขณะเดียวกันได้ติดตามประเมินผลการดำเนินงานระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ของศูนย์อนามัย จำนวน 2 แห่ง คือ จังหวัดราชบุรีและนครสวรรค์ ผลการประเมินพบการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ก. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรคที่ถูกระบุในทั้ง 2 ครั้งของการประเมินผล คือ ปัญหาด้านผู้ให้บริการ ด้านผู้รับบริการ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านสถานที่ โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาด้านผู้ให้บริการ เนื่องจากเป็นเรื่องที่ต้องทำความเข้าใจใหม่ มีรายละเอียดที่ต้องศึกษาทำความเข้าใจ และมีการตรวจภายใน ซึ่งเป็นประเด็นที่ยังถกเถียงกันเกี่ยวกับความจำเป็นในการตรวจทุกราย และใครเป็นผู้ตรวจ และที่สำคัญคือความวิตกกังวลกับการฟ้อร้อง ด้วยเกรงว่าจะเกิดการแท้งได้ ถึงแม้ว่าจะมีข้อเสนอแนะรับรองจากองค์การอนามัยโลกก็ตามว่าไม่มีความเกี่ยวข้องกัน แต่ยังมีบางการศึกษาอ้างกล่าวว่าจะไม่แนะนำที่จะตรวจภายในผู้ตั้งครรภ์ทุกราย (Kean LH, Chan KL 2007, Chan KL, Kean LH 2004) ดังนั้น ประเด็นนี้จำเป็นต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจน และทำให้ผู้ให้บริการมีความมั่นใจในการทำงาน โดยมีสถาบันวิชาการระดับชาติให้การสนับสนุนและรองรับ

ขณะนี้โรงพยาบาลได้ปรับระบบบริการเรื่องนี้โดยสื่อสารให้ผู้ตั้งครรภ์เข้าใจ และตรวจตามที่เหมาะสม จึงทำให้การทำงานราบรื่นขึ้น ส่วนการตรวจ U/S โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้ดำเนินการเป็นประจำอยู่แล้ว จึงไม่มีข้อขัดข้องแต่ประการใด ยกเว้นโรงพยาบาลเล็กที่ยังไม่มีเครื่องมือและแพทย์ที่จะดูแลเรื่องนี้ ซึ่งได้พัฒนาระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใหญ่ที่เป็นแม่ข่ายให้บริการ เพื่อให้ผู้ตั้งครรภ์ได้รับการที่ครบถ้วนเท่าเทียมกัน ส่วนความเข้าใจของทีมงานในช่วงหลังดีขึ้น เนื่องจากการพูดคุยหารือกันประจำ และเมื่อปฏิบัติงานขึ้นก็เกิดความคุ้นเคยและเห็นว่าไม่ได้แตกต่างจากระบบเดิมมากนัก

ปัญหาด้านผู้ให้บริการอีกประการหนึ่ง คือ การทำงานเป็นทีม เนื่องจากกิจกรรมบริการ ANC แนวใหม่ มีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายไม่ใช่เฉพาะคลินิกฝากครรภ์เท่านั้น จึงต้องให้ทุกคนได้รับทราบ และที่สำคัญยิ่ง คือ การสนับสนุนจากผู้บริหาร โรงพยาบาล และความร่วมมือของแพทย์

ปัญหาด้านผู้ตั้งครรภ์ได้คลี่คลายไปมาก จากการที่ผู้ให้บริการสื่อสารให้ทราบรายละเอียดของ ANC แนวใหม่ ทั้งด้วยแผ่นพับ และวาจา ผู้ตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งมีความพอใจต่อระบบ ANC แนวใหม่ เนื่องจากประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และได้รับการที่เข้มข้นขึ้น โดยเฉพาะการเข้าโรงเรียนพ่อแม่ ทำให้ได้ความรู้มากขึ้น ส่วนผู้ตั้งครรภ์ที่มีความกังวลต่อระยะการนัดและต้องการมาตรวจบ่อยครั้งก็ได้ยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ทำให้การทำงานราบรื่นขึ้น

ด้านวัสดุอุปกรณ์ ได้คลี่คลายลงมาก มีการปรับการตรวจตามสถานการณ์ เช่น เมื่อยังไม่มี Multiple dipstick ใช้ จะทดแทนด้วย Urine Analysis และเมื่อยังไม่มียาวิตามินรวมที่มีสารไอโอดีน จะใช้เกลือไอโอดีนแทน เป็นต้น

ส่วนด้านสถานที่บางแห่งได้ใช้โอกาสนี้จัดระบบบริการเป็น One Stop Service ซึ่งทำให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกเป็นที่พึงพอใจ แต่มีหลายแห่งยังไม่สามารถขยายได้ เช่นการจัดห้องตรวจภายในอยู่บริเวณเดียวกันกับการตรวจครรภ์ จึงต้องค่อยเป็นค่อยไป

ข. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

การประเมินครั้งที่ 2 พบว่าผู้ให้บริการทั้งหัวหน้าคลินิก และผู้ปฏิบัติงาน มีทัศนคติเชิงบวกในสัดส่วนเพิ่มขึ้นชัดเจน เนื่องจากเริ่มคุ้นเคยกับระบบ และเห็นว่าความคับคั่งของผู้รับบริการลดลง ทำให้มีเวลาให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการมากขึ้น ส่วนใหญ่จะเห็นความชัดเจนในรพช. ส่วนรพศ./รพท. ผู้รับบริการไม่ได้ลดลงชัดเจน เนื่องจากส่วนใหญ่เป็น High risk cases ที่ส่งต่อมาจากที่ต่างๆ แต่ผู้ให้บริการมีข้อสังเกตว่าจำนวนผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงลดลง เกือบทั้งหมดสามารถดำเนินการต่อไปได้ และมีความมั่นใจขึ้น แต่ต้องการการติดตาม นิเทศ และ เพิ่มพูนความรู้เป็นประจำ

ค. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อการดูแลครรภ์โดยรวม ไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 ครั้ง แต่เมื่อแยกประเด็นย่อยพบว่าบริการที่ควรปรับปรุง ได้แก่ การตรวจร่างกายทั่วไป สื่ออุปกรณ์ที่ให้ความรู้ สถานที่ตรวจ เวลาที่รอตรวจ และการขึ้นบันได ซึ่งไม่แตกต่างจากการประเมิน ครั้งที่ 1 ประเด็นเหล่านี้หลายเรื่องสามารถคลี่คลายได้ หากชี้แจงให้ผู้รับบริการเข้าใจ เช่น การตรวจร่างกายทั่วไป สถานที่ตรวจ เวลาที่รอตรวจ ดังเช่นการศึกษาของ Mathole T และคณะ (2004) และของ Cooke HM และคณะ (2004) ที่ให้คำนึงถึงทัศนคติและความเชื่อของผู้รับบริการด้วยในการจัดบริการฝากครรภ์ และบางเรื่องควรมีการปรับปรุง เช่น สื่ออุปกรณ์ที่ให้ความรู้ และการขึ้นบันได ดังนั้น ความสำคัญอยู่ที่การสื่อสารให้ผู้รับบริการเข้าใจด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและนุ่มนวล

ง. ความครบถ้วนของบริการที่ได้รับ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับบริการค่อนข้างครบถ้วนในเรื่อง การซักประวัติ การตรวจครรภ์ การชั่งน้ำหนัก การวัดความดัน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการจัดให้มีการดูแลรักษา มีความครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกประเด็น และได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงตาม Classifying Form ครบถ้วนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อแจกแจงรายละเอียดพบว่า การตรวจร่างกายทั่วไปยังทำน้อย ทั้งนี้เนื่องจากใน 2 เรื่องนี้มักจะทำโดยละเอียดในการตรวจครรภ์ครั้งแรก ครั้งต่อไป อาจจะพิจารณาเป็นรายๆ ไป การมี Checklist ทำให้ผู้ให้บริการได้ตรวจสอบความครบถ้วนของบริการ แต่อาจมีเสียงบ่นเกี่ยวกับภาระงานการลงเอกสาร ผู้ประเมินจึงมีแนวคิดว่าควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในเรื่องนี้ เพื่อจะได้ตรวจสอบบริการที่ตนเองพึงได้รับ และช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ เช่นเดียวกับการประเมินความเสี่ยงตาม Classifying form โดยการจัดทำแบบฟอร์มที่ผู้รับบริการเข้าใจได้ เมื่อเปรียบเทียบความครบถ้วนของบริการที่พึงได้รับจากการประเมินผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า ครั้งที่ 2 ผู้รับบริการได้รับบริการครบถ้วนในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มบริการ อาจเนื่องมาจากการทำงานเริ่มเข้ารูปเข้ารอย และสิ่งอำนวยความสะดวกได้รับการสนับสนุนมากขึ้น

จ. ผลลัพธ์ของโครงการ

ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ด้านเด็ก ด้านมารดา และเรื่องการร้องเรียน ช่วงก่อนและหลังดำเนินงานระบบ ANC แนวใหม่ ไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (อึ้งในภิเศก ลุมพิกานนท์ และคณะ 2551) ส่วนจำนวนครั้งเฉลี่ยการฝากครรภ์ยังไม่มีข้อมูลชัดเจน เนื่องจากเพิ่งจัดเก็บข้อมูลเพียงปีเดียว แต่มีบางรพช. ได้จัดเก็บข้อมูลนี้ไว้ 2 ปี พบว่า จำนวนครั้งเฉลี่ยการฝากครรภ์ลดลง ดังนั้นหากมีการจัดเก็บต่อเนื่องจะเห็นการเปลี่ยนแปลงได้

จ. การประเมินผลการดำเนินโครงการ ANC แนวใหม่ในศูนย์อนามัย

ผลการประเมินผลการดำเนินโครงการ ANC แนวใหม่ ในศูนย์อนามัย จำนวน 2 แห่ง พบว่าทัศนคติของผู้ให้บริการดีขึ้นบ้าง แต่ยังมีปัญหาเรื่องการตรวจภายใน เนื่องจากสูติแพทย์มีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ผู้รับบริการที่มารับบริการที่ศูนย์อนามัยจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด จึงทำให้มีปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากกิจกรรมที่เพิ่มขึ้น ซึ่งต้องทำความเข้าใจกับผู้รับบริการให้ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ผู้ประเมินมีความเห็นสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการ ในการขยายผลไปยังจังหวัดอื่น ควรมีการเตรียมความพร้อมก่อน ดังนี้

ด้านผู้ให้บริการ

- จัดแจงรายละเอียดทำความเข้าใจระบบ ANC แนวใหม่ แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งในโรงพยาบาลและสถานีอนามัย จนเกิดทัศนคติเชิงบวกและมีความเชื่อมั่นในการให้บริการ
- สนับสนุนอัตราค่าจ้างให้เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ และภาระงานที่กำหนดไว้

ด้านผู้รับบริการ

- ประชาสัมพันธ์ จัดแจงและสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้รับบริการ ในวงกว้าง และทั่วถึง เกี่ยวกับระบบ ANC แนวใหม่ เพื่อสร้างความเข้าใจและการยอมรับ
- ส่งเสริมให้ผู้ตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในการตรวจสอบบริการที่ตนเองพึงได้รับ ตาม Checklist และ Classifying form โดยการจัดทำแบบฟอร์มที่ผู้รับบริการเข้าใจได้ เป็นการส่งเสริมให้เอาใจใส่ดูแลตนเองมากขึ้น

ด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

- สนับสนุนเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ และสื่อ เอกสารความรู้สำหรับให้ลูกศึกษาแก่พ่อแม่ ให้ครบถ้วน ก่อนเริ่มดำเนินงาน
- จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน ANC แนวใหม่อย่างชัดเจนและครอบคลุมทุกด้าน สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติงานระดับสถานีอนามัยด้วย
- บูรณาการแบบฟอร์มต่างๆตามมาตรฐาน ANC แนวใหม่ลงในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ด้านระบบบริหารจัดการ

- ขยายผลตามความสมัครใจ และความพร้อมของจังหวัด
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ และควรมีการติดตามหรือนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เอื้อต่อการใช้ประโยชน์หลายประสงค์ ลดความซ้ำซ้อนในการลงข้อมูล
- เตรียมความพร้อมสถานีนอมนัย
- มีระบบดูแลและสนับสนุนภาคีเครือข่ายการทำงานให้เชื่อมโยงและส่งต่อการบริการที่เป็นระบบ

ด้านสถานที่

- สถานที่ให้บริการควรเป็นส่วน โดยไม่ปะปนกับคลินิกผู้ป่วยทั่วไป และเป็น One Stop Service (บริการรวมจุดเดียว)

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- สอนระบบ ANC แนวใหม่ในหลักสูตรการเรียนการสอนของพยาบาลและแพทย์ด้วย เพื่อให้มีความรู้พื้นฐานก่อนออกทำงาน

เอกสารอ้างอิง

- ภิเสก ลุมพิกานนท์, ณรงค์ วินัยกุล, โฉมพิลาศ จงสมชัย. (2551). คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์, จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุคนธ์, เกรียงศักดิ์ ช่อเลื่อม, เรืองวิชญ์ นิลโคตร, ปรีนดา ตาสี. (2552). รายงานการประเมินผลโครงการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการระบบดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bernal J, Nunez J. (1995). Thyroid hormones and brain development. *European Journal of Endocrinology*; 133: 390-398.
- Bernloehr A, Smith P, Vydelingum V. (2005). Antenatal care in European Union: a survey on guideline in all 25 member states of the community. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*; 122: 22-32.
- Chan KL, Kean LH (2004). Routine antenatal management in later pregnancy. *Current Obstetrics & Gynecology*; 14: 86-91.
- Cooke HM, Waters DL, Dyer K, Lawler L, Picone D. (2004). Development of a best practice model of midwifery-led antenatal care. *Australian Midwifery Journal of the Australian College of Midwives*; 17(2): 21-25.
- de Escobar GM, Obregon MJ, del Ray FE. (2004). Role of thyroid hormone during early brain development. *European Journal of Endocrinology*; 151 (Suppl 3): U25-37.
- de Escobar GM, Obregon MJ, del Ray FE. (2007). Iodine deficiency and brain development in the first half of pregnancy. *Public Health Nutrition*; 10 (12A): 1554-1570.
- Delange F. (2000). The role of iodine in brain development. *The Proceeding of Nutrition Society*; 59(1): 75-79.
- Hall MH. (2001). Rationalisation of antenatal care. *The lancet*; 357: 1546 (Commentary).
- Hill Z, Kirkwood B, Edmond K. (2004). Family and community practices that promote child survival, growth and development – a review of the evidence. Geneva: WHO. Available at <http://whglibdoc.who.int/publications/2004/9241591501.pdf>. Accessed May 16, 2009.
- Kean LH, Chan KL. (2007). Routine antenatal management at booking clinic. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine*; 17(3): 69-73.

- Lumbiganon P. (1998). Appropriate technology: antenatal care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*; 63 (supp.1): S91-S95.
- Mason JB, Deitchler M, Gilman A, Gillenwater K, Shuaib M, Hotchkiss D, et al. (2002). Iodine fortification is related to increased weight-for-age and birthweight in children in Asia. *Food and Nutrition Bulletin*; 23(3): 292-308.
- Mathole T, Lindmark G, Majoko F, Ahlberg BM. (2004). A qualitative study of women's perspectives of antenatal care in a rural area of Zimbabwe. *Midwifery*; 20: 122-132.
- Ministry of Public Health, Thailand. (2008). Thai health profile 2005-2007. Nonthaburi: Ministry of Public Health. Available at <http://moph.go.th/> Accessed November 15, 2009.
- Munjanja SP, Lindmark G, Nystrom L. (1996). Randomised controlled trial of a reduce-visited programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet*; 348: 364-369.
- Mussa GC, Mussa F, Bretto R, Zambelli MC, Silvestro L. (2001). *Minerva Pediatrica*; 53 (4): 325-353.
- Rajatanavin R. (1998). Iodine deficiency during pregnancy and the perinatal period. *Journal of Pediatrics, Obstetrics & Gynecology*; 24(6): 9-14.
- Rivas M, Naranjo JR. (2007). Thyroid hormones, learning and memory. *Gene, Brain, and Behavior*; 6 Supple 1: 40-44.
- Sethi V, Kapil U. (2004). Iodine deficiency and development of brain. *Indian Journal of Pediatrics*; 71(4): 325-329.
- Vermiglio F, Lo Presti VP, Moleti M, Sidoti M, Tortorella G, Castagna MG, et al. (2004). Attention deficit and hyperactivity disorders in the offspring of mothers exposed to mild-moderate iodine deficiency: a possible novel iodine deficiency disorder in developed countries. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*; 89(12): 6054-6060.
- Villar J, Carroli G, Gulmezoglu AM. (2001). The gap between evidence and practice in maternal care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*; 75: S47-S54.
- Zanconato G, Msolomba R, Guarenti L, Franchi M. (2006). Antenatal care in developing countries: the need for a tailored model. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*; 11: 15-20.
- Zimmermann M, Delange F. (2004). Iodine supplementation of pregnant women in Europe: a review and recommendations. *European Journal of Clinical Nutrition*; 58(7): 974-984.
- Zimmermann MB. (2009). Iodine deficiency in pregnancy and the effects of maternal iodine supplementation on the offspring: a review. *The American Journal of Clinical Nutrition*; 89(2): 6685-6725.

ภาคผนวก

- ภาคผนวก 1 Classifying Form (เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์)
- ภาคผนวก 2 Checklist การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ (Basic Component)
- ภาคผนวก 3 ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน จากการประเมินผลครั้งที่ 1
- ภาคผนวก 4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ จากการประเมินผลครั้งที่ 1
- ภาคผนวก 5 ข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการ จากการประเมินผลครั้งที่ 1
- ภาคผนวก 6 ตารางแสดงร้อยละผู้ตั้งครรภ์ จำแนกตามบริการที่ควรได้รับตามอายุครรภ์
จากการประเมินผลครั้งที่ 1
- ภาคผนวก 7 ตารางแสดงร้อยละผู้ตั้งครรภ์ จำแนกตามความพึงพอใจต่อบริการที่ควรได้รับ
จากการประเมินผลครั้งที่ 1
- ภาคผนวก 8 ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ จากการประเมินผลครั้งที่ 1

ภาคผนวก 1 Classifying form (เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์)

ชื่อ.....สกุล.....HN.....

วิธีใช้ ให้ตอบคำถาม 18 ข้อต่อไปนี้ โดยการใส่เครื่องหมาย ลงในช่องว่างท้ายคำถาม

รายการความเสี่ยง	ไม่มี	มี
ประวัติอดีต		
1. เคยมีทารกตายในครรภ์ หรือเสียชีวิตแรกเกิด (1 เดือนแรก)	☐	☒
2. เคยแท้งเอง 3 ครั้งหรือมากกว่า ติดต่อกัน	☐	☒
3. เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	☐	☒
4. เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม	☐	☒
5. เคยเข้ารับการรักษายาบาลเพราะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์พิเศษ	☐	☒
6. เคยผ่าตัดด้วยระบบสืบพันธุ์เช่นเนื้องอกมดลูก ผ่าตัดปากมดลูก ผูกปากมดลูก ฯลฯ	☐	☒
ประวัติครรภ์ปัจจุบัน		
7. ครรภ์แฝด	☐	☒
8. อายุ < 17 ปี (นับถึง EDC)	☐	☒
9. อายุ > 35 ปี (นับถึง EDC)	☐	☒
10. Rh Negative	☐	☒
11. เลือดออกทางช่องคลอด	☐	☒
12. มีก้อนในอุ้งเชิงกราน	☐	☒
13. ความดันโลหิต Diastolic $\geq$ 90 mm Hg	☐	☒
ประวัติทางอายุรกรรม		
14. เบาหวาน	☐	☒
15. โรคไต	☐	☒
16. โรคหัวใจ	☐	☒
17. ดิซซาเซพติด, ดิซสุรา	☐	☒
18. โรคอายุรกรรมอื่นๆ เช่น โลหิตจาง, ไทรอยด์, SLE ฯลฯ (โปรดระบุ)	☐	☒
อื่นๆ ระบุ.....		
ถ้าพบคำตอบข้อใดข้อหนึ่งข้างต้นตกอยู่ใน ☒ แสดงว่าผู้ตั้งครรภ์รายนี้ใช้การดูแลผู้ตั้งครรภ์ แนวใหม่ <u>ไม่ได้</u> ควรได้รับการดูแลพิเศษและ หรือ ประเมินเพิ่มเติม ลงชื่อผู้ประเมิน.....วันที่.....		

ภาคผนวก 2 Check list การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่

ครั้งที่ 1 วันที่..... (ควร ก่อน 12 สัปดาห์)	สัปดาห์				
	<12	20	26	32	38
1. เช็ก Classifying form แล้วไม่มี ความเสี่ยงสูง					
2. ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง, วัดความดันโลหิต					
3. ตรวจร่างกายทั่วไป, ตรวจครรภ์, ประเมินอายุครรภ์, วัดความสูงของยอดมดลูก					
4. ตรวจปัสสาวะ (Multiple dipstick) หา Protein, Sugar, Asymptomatic bacteriuria					
5. ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจเสียงปอดและหัวใจ					
6. ตรวจภายใน (อาจเลื่อนไปตรวจในครั้งที่ 2 ของการฝากครรภ์)					
7. ตรวจ Hb / Hct / OF / DCIP (ทุกอายุครรภ์) และตรวจ VDRL, Anti HIV, Blood gr, Rh typing, HBsAg					
8. ให้วัคซีน Tetanus toxoid ครั้งที่ 1					
9. ให้ธาตุเหล็ก และ/หรือ โฟลิค และ iodine					
10. ให้คำแนะนำกรณีเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉินและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อฉุกเฉิน					
ครั้งที่ 2 วันที่..... (20 สัปดาห์)					
1. ชั่งน้ำหนัก, วัดความดันโลหิต					
2. ตรวจภายใน (ในกรณีที่ยังไม่ได้ตรวจเมื่อฝากครรภ์ครั้งที่ 1)					
3. ตรวจอัลตราซาวด์ (ถ้าทำได้)					
4. ให้ธาตุเหล็ก iodine และ แคลเซียม					
5. ให้วัคซีน Tetanus toxoid ครั้งที่ 2 (ห่างจากเข็มแรก อย่างน้อย 1 เดือน)					
6. ให้คำปรึกษาหลังทราบผลเลือด อาการผิดปกติฉุกเฉิน และเบอร์โทรศัพท์สำหรับการติดต่อ					
ครั้งที่ 3 วันที่..... (26 สัปดาห์)					
1. ชั่งน้ำหนัก, วัดความดันโลหิต					
2. ตรวจปัสสาวะหา Protein, Sugar					
3. ตรวจร่างกายทั่วไป, ตรวจภาวะซีด, บวม					
4. ตรวจครรภ์: ประเมินอายุครรภ์, วัดความสูงของยอดมดลูก, ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์					
5. ให้ธาตุเหล็ก iodine และ แคลเซียม ตลอดการตั้งครรภ์					
6. แนะนำให้มารดาสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์					
7. ให้คำแนะนำกรณีเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉิน และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อฉุกเฉิน					
ครั้งที่ 4 วันที่..... (32 สัปดาห์)					
1. ตรวจ Hb/Hct, VDRL, Anti HIV					
2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคลอด, วางแผนการคลอดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, การคุมกำเนิด					
ครั้งที่ 5 วันที่..... (38 สัปดาห์)					
1. ตรวจท่าทารกในครรภ์ ถ้าเป็นท่าก้นให้ส่งต่อเพื่อทำ ECV หรือ เพื่อการผ่าตัด					
2. ลงบันทึกในสมุดฝากครรภ์, เน้นให้น้ำมาโรงพยาบาลด้วยเมื่อมาคลอด					
3. ถ้ายังไม่คลอดเมื่ออายุครรภ์ครบ 41 สัปดาห์ ให้มาโรงพยาบาล					

ภาคผนวก 3 ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน จากการประเมินผลครั้งที่ 1

1. ปัญหาเกี่ยวกับผู้รับบริการ ● ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้รับบริการ ● ความวิตกกังวลของผู้รับบริการ ต้องการพบแพทย์บ่อยๆ ● ไม่คุ้นเคยกับการตรวจภายในและปฏิกิริยาการตรวจ ● สิทธิการเบิกค่าใช้จ่าย
2. ปัญหาเกี่ยวกับผู้ให้บริการ ● ความรู้ความเข้าใจและทักษะในการให้บริการระบบการฝากครรภ์แนวใหม่ยังไม่ดีพอ ● ภาระการกรอกข้อมูลในเอกสารต่างๆ ● บุคลากรไม่เพียงพอกับกิจกรรมที่เพิ่มขึ้น ● คิดว่าเป็นงานวิจัยจึงต้องให้แสดงความยินยอมเข้าโครงการ ● บางแห่งผู้บริหารไม่ให้การสนับสนุนให้เริ่มโครงการ ● ผู้ให้บริการ มีทัศนคติเชิงลบต่อระบบการฝากครรภ์แนวใหม่ ● ภาระไม่ได้ลดลง ● ปัญหาการสื่อสารระหว่างสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล ● ต้องจัดระบบการบริหารจัดการใหม่ระหว่างโรงพยาบาล PCU และสถานีนอนมัย
3. ปัญหาเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ ขาดเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ยาวิตามิน อุปกรณ์ตรวจปัสสาวะ เครื่องอัลตราซาวด์ ขาดสื่อ อุปกรณ์ในการให้สุศึกษา สถานที่ให้บริการคับแคบ พื้นที่ไม่เพียงพอ

ภาคผนวก 4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ จากการประเมินผลครั้งที่ 1

1. ทศนคติเห็นด้วย ● ประโยชน์สำหรับผู้รับบริการ มารับบริการน้อยครั้ง และไม่ต้องหยุดงานบ่อยๆ ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ได้รับสุขภาพ และการตรวจร่างกายที่เข้มข้นขึ้น ได้คัดกรองภาวะเสี่ยงและพบแพทย์ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ตั้งครรภ์และเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ● ประโยชน์สำหรับผู้ให้บริการ เกิด One Stop Service ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีคุณภาพ และทั่วถึงมากขึ้น ได้พัฒนาทีมงานและทักษะการทำงาน เกิดการทำงานอย่างสหวิชาชีพ ● ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ สามารถลดจำนวนหรือความคับคั่งผู้รับบริการ แต่ละครั้งได้ถึงครึ่งหนึ่ง
2. ทศนคติไม่แน่ใจ ● ด้านผู้รับบริการ เกิดความวิตกกังวล ต้องการพบแพทย์บ่อยๆ เพื่อความมั่นใจ บางรายไม่เอาใจใส่สุขภาพตนเอง ● ด้านผู้ให้บริการ ยังไม่ทราบถึงประโยชน์ที่ได้รับหรือผลลัพธ์ ยังไม่มีผลลัพธ์ (Outcome) ที่น่าพอใจจากการให้บริการ ขั้นตอนการบริการไม่ลงตัว ภาระงานคงเดิม เพียงแต่จัดลำดับการทำงานใหม่เท่านั้น ● ขยายผลอย่างมีเงื่อนไข ได้แก่ ยึดประโยชน์ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การปรับกิจกรรมการ ให้บริการให้เข้มแข็งและเป็นมาตรฐานเดียวกัน การขยายผลไปยังสถานีนอนมัย (สอ.) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การพัฒนาทักษะ และองค์ความรู้ของผู้ให้บริการ ควรมีการกำหนดแนวทาง นโยบาย หรือรายละเอียดการทำงานให้ชัดเจน คำนึงถึงความจำเป็น และคุณค่าของการให้บริการ
3. ทศนคติไม่เห็นด้วย ● ด้านผู้รับบริการ บางรายไม่เอาใจใส่สุขภาพตนเอง ทำให้มาพบแพทย์ซ้ำเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน ● ด้านผู้ให้บริการ เพิ่มภาระงานด้านขั้นตอนการให้บริการต่างๆ เพิ่มภาระงานด้านการตรวจภายใน (PV) และการตรวจอัลตราซาวด์ (U/S) เพิ่มภาระงานด้านเอกสาร เพิ่มความเสี่ยงการฟ้องร้อง เจ้าหน้าที่และ โรงพยาบาลไม่พร้อม ต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้น

ภาคผนวก 5 ข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการ จากการประเมินผลครั้งที่ 1

1. ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนค่าบริการฟรีแก่หญิงฝากครรภ์
2. สนับสนุนด้านวิชาการ การฝึกอบรม พัฒนาทักษะ ความรู้แก่ผู้ให้บริการ พัฒนาทีมงานและจัด เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
3. สนับสนุนชุดสื่อการสอนสุขศึกษา เอกสารความรู้ และแผนการสอนสุขศึกษา ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัดหรือทั้งประเทศ
4. สนับสนุนยาที่มีวิตามินและเกลือแร่ครบถ้วน และอุปกรณ์ตรวจปัสสาวะ (Multiple Dipstick) เพื่อความพร้อมในการดำเนินการให้บริการ
5. การจัดทำเป็นนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง และผู้บริหารต้องให้การสนับสนุน
6. จัดเวทีประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ

ภาคผนวก 6 ตารางแสดงร้อยละผู้ตั้งครรภ์ จำแนกตามบริการที่ควรได้รับตามอายุครรภ์
จากการประเมินผลครั้งที่ 1

บริการที่ได้รับ	โรงพยาบาลทั่วไป/ ศูนย์			โรงพยาบาล ชุมชนขนาดใหญ่			โรงพยาบาล ชุมชนขนาดเล็ก			รวม		
	n	ทำ	ไม่ทำ	n	ทำ	ไม่ทำ	n	ทำ	ไม่ทำ	n	ทำ	ไม่ทำ
การชักประวัติ												
ส่วนตัว	30	43.3	56.7	64	70.3	29.7	81	43.2	56.8	175	53.1	46.9
การเจ็บป่วย	30	76.7	23.3	64	76.6	23.4	81	65.4	34.6	175	71.4	28.6
ทางสูติกรรม	30	93.3	6.7	64	79.7	20.3	81	91.4	8.6	175	87.4	12.6
การตรวจร่างกาย												
ชั่งน้ำหนัก	30	100.0	-	64	100.0	-	81	100.0	-	175	100.0	-
วัดส่วนสูง	17	70.6	29.4	23	91.3	8.7	33	63.6	36.4	73	74.0	26.0
วัดความดันโลหิต	30	100.0	-	64	100.0	-	81	98.8	1.2	175	99.4	0.6
ภาวะซีด	30	33.3	66.7	64	26.6	73.4	81	42.0	58.0	175	34.9	65.1
ฟังเสียงการหายใจ และ เสียงหัวใจ	30	60.0	40.0	64	54.7	45.3	81	72.8	27.2	175	64.0	36.0
ดูการบวมที่ขา	30	36.7	63.3	64	25.0	75.0	81	43.2	56.8	175	35.4	64.6
ตรวจเต้านม	5	100.0	-	18	50.0	50.0	18	83.3	16.7	41	70.7	29.3
วัดความสูงของ มดลูก	30	66.7	33.3	63	66.7	33.3	81	75.3	24.7	174	70.7	29.3
ตรวจหน้าท้อง การฟังเสียงหายใจ ทารกในครรภ์และ การตรวจหา ครรภ์แฝด	20	100.0	-	40	97.5	2.5	48	97.9	2.1	108	98.1	1.9
ตรวจท่าทารกและ ส่วนนำ	12	100.0	-	22	95.5	4.5	32	100.0	-	66	98.5	1.5
ตรวจภายใน	10	30.0	70.0	18	33.3	66.7	33	66.7	33.3	61	50.8	49.2

ภาคผนวก 6 ตารางแสดงร้อยละผู้ตั้งครรภ์ จำแนกตามบริการที่ควรได้รับตามอายุครรภ์ จากการประเมินผลครั้งที่ 1 (ต่อ)

บริการที่ได้รับ	โรงพยาบาลทั่วไป/ ศูนย์			โรงพยาบาล ชุมชนขนาดใหญ่			โรงพยาบาล ชุมชนขนาดเล็ก			รวม		
	n	ทำ	ไม่ทำ	n	ทำ	ไม่ทำ	n	ทำ	ไม่ทำ	n	ทำ	ไม่ทำ
การตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ												
ปัสสาวะ	30	100.0	-	64	100.0	-	81	97.5	2.5	175	98.9	1.1
อัลตราซาวด์	13	76.9	23.1	15	86.7	13.3	14	92.9	7.1	42	85.7	14.3
เลือด	12	83.3	16.7	32	100.0	-	41	100.0	-	85	97.6	2.4
ผลซีฟิไลส	30	96.7	3.3	64	92.2	7.8	81	96.3	3.7	175	94.9	5.1
ผลหมู่เลือด	30	96.7	3.3	64	92.2	7.8	81	96.3	3.7	175	94.9	5.1
ผลความเข้มข้น ของเลือด	30	96.7	3.3	64	92.2	7.8	81	96.3	3.7	175	94.9	5.1
การคัดกรอง ธาลัสซีเมีย (OF/MCV/DCIP)	30	96.7	3.3	64	92.2	7.8	81	96.3	3.7	175	94.9	5.1
การจัดให้มีการดูแล รักษา												
ฉีดวัคซีน	30	96.7	3.3	64	93.8	6.3	81	95.1	4.9	175	94.9	5.1
ยาเสริมธาตุเหล็ก และโฟเลต	30	96.7	3.3	64	84.4	16.6	81	95.1	4.9	175	91.4	8.6
ยาบำรุงที่มีไอโอดีน	30	76.7	23.3	64	68.8	31.3	81	80.2	19.8	175	75.4	24.6
แคลเซียมเสริม	30	83.3	16.7	64	90.6	9.4	81	84.0	16.0	175	86.3	13.7
ให้คำแนะนำต่างๆ	30	93.3	6.7	63	88.9	11.1	81	96.3	3.7	174	93.1	6.9
การนัดครั้งต่อไป	30	100.0	-	64	98.4	1.6	81	98.8	1.2	175	98.9	1.1
การแจ้งกำหนด คลอด	30	100.0	-	64	90.6	9.4	81	100.0	-	175	96.6	3.4
บันทึกลงสมุดสีเขียว ชมพู	30	100.0	-	64	98.4	1.6	81	100.0	-	175	99.4	0.6

ภาคผนวก 7 ตารางแสดงร้อยละผู้ตั้งครรภ์ จำแนกตามความพึงพอใจต่อบริการที่ควรได้รับ
จากการประเมินผลครั้งที่ 1

บริการ	โรงพยาบาลทั่วไป/ ศูนย์				โรงพยาบาล ชุมชนขนาดใหญ่				โรงพยาบาล ชุมชนขนาดเล็ก				รวม			
	n	มาก	ปาน กลาง	น้อย	n	มาก	ปาน กลาง	น้อย	n	มาก	ปาน กลาง	น้อย	n	มาก	ปาน กลาง	น้อย
การขึ้นบัตรตรวจ	30	60.0	40.0	-	64	57.8	37.5	4.7	81	55.6	44.4	-	175	57.1	41.1	1.7
การให้ความรู้ รายกลุ่ม	19	78.9	21.1	-	27	70.4	25.9	3.7	32	78.1	21.9	-	78	75.6	23.1	1.3
การให้คำแนะนำ เฉพาะเรื่อง	30	53.3	46.7	-	64	59.4	31.3	9.4	81	67.9	29.6	2.5	175	62.3	33.1	4.6
การประเมินความ เสี่ยงการ ตั้งครรภ์	30	60.0	30.0	10.0	64	64.1	28.1	7.8	81	74.1	23.5	2.5	175	68.0	26.3	5.7
การชักประวัติ ต่างๆ	30	73.3	26.7	-	64	79.7	17.2	3.1	81	76.5	19.8	3.7	175	77.1	20.0	2.9
การชี้แจงน้ำหนัก วัดความสูง วัด ความดัน	30	86.7	13.3	-	64	76.6	20.3	3.1	81	66.7	33.3	-	175	73.7	25.1	1.1
การตรวจ ปัสสาวะ	30	83.3	16.7	-	64	71.9	23.4	4.7	81	69.1	29.6	1.2	175	72.6	25.1	2.3
การตรวจเลือด	11	90.9	9.1	-	33	81.8	15.2	3.0	43	83.7	16.3	-	87	83.9	14.9	1.2
การตรวจภายใน	2	50.0	50.0	-	11	63.6	18.2	18.2	16	75.0	25.0	-	29	69.0	24.1	6.9
การตรวจร่างกาย ระบบต่างๆ	30	46.7	43.3	10.0	64	42.2	40.6	17.2	80	47.5	43.8	8.8	174	45.4	42.5	12.1
การตรวจครรภ์	30	73.3	26.7	-	64	73.4	18.8	7.8	81	72.8	23.5	3.7	175	73.1	22.3	4.6
การฉีดวัคซีน	15	80.0	20.0	-	15	66.7	33.3	-	27	70.4	29.6	-	57	71.9	28.1	-
คำแนะนำที่ได้รับ	30	80.0	16.7	3.3	64	70.3	26.6	3.1	81	80.2	19.8	-	175	76.6	21.7	1.7
การตรวจ Ultrasound	8	75.0	25.0	-	10	80.0	20.0	-	14	71.4	28.6	-	32	75.0	25.0	-
ความสามารถ ของแพทย์ และ พยาบาล	30	70.0	30.0	-	64	75.0	21.9	3.1	81	69.1	29.6	1.2	175	71.4	26.9	1.7
สื่อ อุปกรณ์ ที่ใช้ความรู้	30	60.0	40.0	-	64	71.9	20.3	7.8	80	42.5	56.3	1.3	174	56.3	40.2	3.4
สถานที่ตรวจ	30	40.0	56.7	3.3	64	56.3	34.4	9.4	81	50.6	46.9	2.5	175	50.9	44.0	5.1
เวลาที่เจ้าหน้าที่ ให้คำอธิบาย	30	63.3	33.3	3.3	64	65.6	26.6	7.8	81	70.4	28.4	1.2	175	67.4	28.6	4.0
เวลาที่รอตรวจ	30	26.7	73.3	-	64	34.4	50.0	15.6	81	39.5	51.9	8.6	175	35.4	54.9	9.7
ค่าบริการที่ต้อง จ่าย	30	70.0	30.0	-	64	66.7	31.7	1.7	81	56.4	26.9	16.7	175	62.5	29.2	8.3
ความพึงพอใจ รวม	30	70.0	26.7	3.3	64	67.2	28.1	4.7	81	64.2	33.3	2.5	175	66.3	30.3	3.4

ภาคผนวก 8 ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ จากการประเมินผลครั้งที่ 1

ลำดับที่	ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
1.	ระบบการให้บริการ - บริการดีอยู่แล้ว ควรรักษามาตรฐานไว้ - ควรเปิดให้บริการทั้งวัน และมีรูปแบบ One Stop Service - จัดระเบียบลำดับการให้บริการบัตรคิว - ลดขั้นตอน ระยะเวลาในการรอรับบริการ ให้บริการรวดเร็วขึ้น	56 18 2 6 30	100 32.1 3.6 10.7 53.6
2.	ผู้ให้บริการ - เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่/แพทย์ให้มากกว่านี้ - ตรวจร่างกายคนไข้ให้ละเอียดขึ้น - การพูดจาไพเราะ - การดูแลเอาใจใส่ และสนใจคนไข้มากขึ้น - การให้ความรู้ ข้อมูล คำอธิบาย แนะนำและตอบคำถาม ให้ชัดเจน	49 5 8 8 4 24	100 10.2 16.3 16.3 8.2 49.0
3.	เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ยา - เพิ่มเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย (เครื่องอัลตราซาวด์ เครื่องตรวจปัสสาวะ) - ให้ยารับประทานอย่างเพียงพอ	7 4 3	100 57.1 42.9
4.	สื่อ เอกสาร - สนับสนุนสื่อเอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ และรูปภาพ ให้ผู้รับบริการอ่านระหว่างรอ และนำกลับบ้าน	3 3	100 100.0
5.	สถานที่ให้บริการ - ขยายสถานที่ ห้องฝากครรภ์ให้กว้างขึ้น - จัดที่นั่งให้เพียงพอสำหรับผู้รับบริการ - จัดห้องน้ำบริการใกล้คลินิกฝากครรภ์	15 11 1 3	100 73.3 6.7 20.0
6.	สิ่งสนับสนุนอื่นๆ - บริการน้ำดื่ม - บริการรถรับส่งหญิงฝากครรภ์	2 1 1	100 50.0 50.0

Evaluation of the Action Research on the New System of Antenatal Care Based on WHO Guideline : Round 2