

## การวิเคราะห์สถานการณ์ แนวทางการฝากครรภ์ในประเทศไทย

พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ พ.บ.

ฐิติภรณ์ ดวงรัตนานนท์ พ.บ.

จุฬารวรรณ เขมทอง วท.บ.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ: 22 ก.ค. 2565

วันแก้ไข: 2 ส.ค. 2565

วันตอบรับ: 18 ส.ค. 2565

**บทคัดย่อ** การฝากครรภ์เป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลสุขภาพแม่และเด็กและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประเทศไทยมีแนวทางการฝากครรภ์ตามนโยบายฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 แต่ยังไม่มีการศึกษาที่เข้าไปสำรวจสถานการณ์หลังจากการดำเนินนโยบายนี้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณ์การฝากครรภ์ในเวชปฏิบัติที่ดำเนินการอยู่จริงในประเทศไทย รวมถึงผลลัพธ์สุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในหญิงหลังคลอดเกี่ยวกับบริการที่ได้รับระหว่างการตั้งครรภ์และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน และข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บโดยการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอดใน 24 โรงพยาบาล จาก 12 เขตสุขภาพ จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีแก่นสาระแบบอุปนัย ผลการศึกษาพบว่าสถานะทางสุขภาพของแม่และเด็กในประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะเป็นไปในทางที่ดี สถานพยาบาลใน 12 เขตสุขภาพมีการดำเนินงานตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง โดยหญิงตั้งครรภ์กลุ่มความเสี่ยงต่ำได้รับบริการฝากครรภ์เฉลี่ยถึง 10 ครั้ง แต่ยังพบว่ามียุทธศาสตร์ที่มาฝากครรภ์ช้าถึงร้อยละ 25.7 กิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการค่อนข้างต่ำ ได้แก่ การตรวจฟังเสียงการหายใจและเสียงหัวใจ การตรวจเต้านม การตรวจสุขภาพช่องปาก การประเมินสุขภาพจิต การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่และการให้ความรู้ในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ โดยรวมการปรับปรุงแนวทางการฝากครรภ์ เป็น 8 ครั้ง มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ควรให้ความสำคัญกับความครบถ้วนของกิจกรรมที่จำเป็นในแต่ละช่วงอายุครรภ์ และคำนึงถึงผลกระทบต่อภาระงานและค่าใช้จ่าย รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการฝากครรภ์และการประชาสัมพันธ์เรื่องฝากครรภ์ทุกที่ที่รัฐทุกสิทธิ์ให้ทั่วถึงมากขึ้น

**คำสำคัญ:** การฝากครรภ์; นโยบายฝากครรภ์คุณภาพ; จำนวนครั้งของการฝากครรภ์; ผลลัพธ์ของสุขภาพแม่และเด็ก

### บทนำ

การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจะช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิดได้ถึง 7 เท่า<sup>(1)</sup> นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ<sup>(2)</sup> ได้ระบุถึงความหมาย

ของการฝากครรภ์คุณภาพไว้ว่า เป็นการจัดระบบบริการในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่พิสูจน์แล้วว่าเป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การฝากครรภ์แบบดั้งเดิม (traditional ANC) มีการนัดหมายหญิงตั้งครรภ์ประมาณ 12-15 ครั้ง ความถี่ขึ้นอยู่กับช่วงอายุครรภ์ ต่อมองการอนามัยโลกได้แนะนำ

การฝากครรภ์ที่มีระบบการให้บริการอย่างมีเป้าหมาย (goal-oriented ANC หรือ focus ANC model)<sup>(3)</sup> ซึ่งในรายที่ไม่มีภาวะครรภ์เสี่ยงจะมีการนัดหมายน้อยครั้งกว่า ช่วยให้การใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น

พ.ศ.2556 รัฐบาลประกาศนโยบาย “ฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ” กรมอนามัยได้จัดทำแนวทางการฝากครรภ์-คุณภาพ ที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนพึงได้รับ โดยแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำมารับบริการฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง โดยจะได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแนวทางการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก<sup>(4)</sup> หากแต่มีการปรับเพิ่มจาก 4 ครั้ง เป็น 5 ครั้ง มีการเตรียมความพร้อมแก่นักบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศประเภทและขอบเขตของบริการฝากครรภ์สอดคล้องตามแนวทางฝากครรภ์คุณภาพของกรมอนามัย ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้ง โดยเพิ่มความถี่ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์<sup>(5)</sup> เนื่องจากพบอุบัติการณ์ทารกเกิดไร้ชีพ (stillbirths) เพิ่มขึ้นในบางประเทศที่มีการปรับใช้แนวทางการฝากครรภ์ 4 ครั้ง<sup>(6,7)</sup> สำหรับประเทศไทย อัตราเกิดไร้ชีพเมื่อปี พ.ศ. 2561-2563 อยู่ที่ 3.86, 4.54 และ 4.37 ต่อการเกิด 1,000 คน<sup>(8)</sup> ตามลำดับ ในขณะที่องค์การอนามัยโลกประมาณการในปี พ.ศ. 2562 อัตราเกิดไร้ชีพของประเทศไทยอยู่ที่ 6 ต่อการเกิด 1,000 คน<sup>(9)</sup> และจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีอัตราเกิดไร้ชีพอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่นทั่วโลก สำหรับอัตราส่วนการตายมารดาในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2561-2563 อยู่ที่ 19.9, 22.5 และ 22.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ<sup>(10)</sup> ในขณะที่อัตราส่วนการตายมารดาของโลกอยู่ที่ 211 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน<sup>(11)</sup> ถึงแม้อัตราตายของมารดาในไทยจะถือว่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโลก แต่ก็ยังสูงกว่าประเทศในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น ที่มีอัตราส่วนการตายมารดาอยู่ที่ 5 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนในปี พ.ศ. 2560<sup>(12)</sup> หลังจากที่ยุทธศาสตร์การอนามัยโลกได้เผยแพร่คำแนะนำในการฝากครรภ์ 8 ครั้ง ไปแล้ว

เป็นเวลา 4 ปี การสำรวจความชุกของการดำเนินงานตามคำแนะนำฝากครรภ์ 8 ครั้งใน 15 ประเทศที่มีการเก็บข้อมูลการดำเนินงาน พบว่า มีเพียงร้อยละ 13.0 เท่านั้น โดยประเทศที่มีการดำเนินงานมากที่สุดอยู่ที่ร้อยละ 74.0 ต่ำสุดอยู่ที่ร้อยละ 1.0<sup>(13)</sup>

ประเทศไทยยังไม่มี การปรับแนวปฏิบัติการฝากครรภ์ เป็น 8 ครั้งตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณ์การฝากครรภ์ในเวชปฏิบัติที่ดำเนินการอยู่จริงในประเทศไทย รวมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กระหว่างช่วงเวลาที่เปลี่ยนแปลงแนวทางการให้บริการฝากครรภ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ในสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ให้มีคุณภาพสอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกฉบับล่าสุด (ค.ศ. 2016) และเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยทั้งในด้านความพร้อมของระบบบริการสุขภาพและภาระค่าใช้จ่ายการบริการ

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมคู่ขนาน (parallel mixed method design) ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการควบคู่กันไป ผลการวิจัยเชิงปริมาณจะช่วยยืนยันข้อค้นพบของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันข้อค้นพบของงานวิจัยเชิงคุณภาพจะช่วยอธิบายปรากฏการณ์ของงานเชิงปริมาณ ก่อนลงพื้นที่เก็บข้อมูลผู้วิจัยจะดำเนินการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ความเห็นกับแบบสอบถาม และทดลองใช้เครื่องมือ นำมาปรับปรุงก่อนนำเครื่องมือไปเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง

### สถานที่วิจัยและระยะเวลาศึกษา

การศึกษานี้จะเลือกจังหวัดที่ขอความร่วมมือในการลงพื้นที่แบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยอาศัยความสะดวกของการเดินทางและความร่วมมือในพื้นที่เป็นสำคัญ จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลจาก 12 เขตสุขภาพ โดยแบ่งจากระดับของโรงพยาบาล (stratified sampling) โดยสุ่มเลือกโรงพยาบาลศูนย์ 4

แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 8 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง รวมทั้งสิ้น 24 โรงพยาบาลใน 12 เขตสุขภาพ การศึกษานี้ดำเนินการตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563–30 กันยายน 2564 รวมระยะเวลา 12 เดือน

### กลุ่มประชากรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพในงานวิจัยครั้งนี้จะเป็นการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายสูติกรรมหรือคลินิกฝากครรภ์ ผู้รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์ และห้องคลอดในโรงพยาบาลที่ศึกษา กำหนดผู้ถูกสัมภาษณ์เบื้องต้น 3–4 รายต่อโรงพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายสูติกรรม/คลินิกฝากครรภ์ ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด โดยผู้ถูกสัมภาษณ์ต้องรับผิดชอบงานในตำแหน่งดังกล่าวมากกว่า 1 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นกลุ่มหญิงหลังคลอดและอยู่ในโรงพยาบาลจะเป็นกลุ่มที่ให้ข้อมูลเรื่องกิจกรรมและบริการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับทั้งหมดในช่วงตั้งครรภ์โดยทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากหญิงหลังคลอดที่อยู่ในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) คือ (1) หญิงหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15–40 ปี (2) หญิงหลังคลอดที่มี BMI 18.5–29.9 กก./ม.<sup>2</sup> (3) หญิงหลังคลอดที่ประเมินความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ด้วย classifying form แล้วมีความเสี่ยงเพียง 3 ข้อ คือ ข้อที่ 8 อายุ <17 ปี (นับถึง EDC) และ ข้อที่ 9 อายุ ≥35 ปี (นับถึง EDC) ในช่วงที่มารับบริการฝากครรภ์และข้อที่ 14 BMI <18.5 กก./ตรม. หรือ ≥23 กก./ตรม.

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิเคราะห์สถานการณ์การฝากครรภ์ในประเทศไทยเริ่มจากการวิเคราะห์เชิงนโยบาย (policy level) คือ วิเคราะห์ชุดสิทธิประโยชน์ที่ประกาศโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กับแนวทางเวชปฏิบัติและการดำเนินงานของพื้นที่จริง ทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ การให้บริการการฝากครรภ์ที่ได้รับตลอดช่วงการตั้งครรภ์ โดยอาศัยแบบสอบถามเพื่อ

ให้ทราบถึงกิจกรรมและบริการที่ได้รับตลอดการตั้งครรภ์ โดยแบบสอบถามเชิงคุณภาพเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก (semi-structured interview) โดยเป็นข้อคำถามเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ด้านกระบวนการทำงาน ข้อมูลพื้นฐานของสถานพยาบาล แนวทางการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำของโรงพยาบาล ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อระบบฝากครรภ์ 5 ครั้ง ความเข้าใจและรับรู้ต่อแนวทางการฝากครรภ์ขององค์การอนามัยโลก และความพึงพอใจของบุคลากรในคลินิกฝากครรภ์ต่อระบบฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ และระบบฝากครรภ์โดยทั่วไป โดยที่ข้อมูลทั้งสองส่วนจะนำไปวิเคราะห์โดยรวมเพื่อพัฒนาเป็นผลการวิเคราะห์สถานการณ์การฝากครรภ์ในประเทศไทย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมโดยอาศัยแบบประเมินกิจกรรม/บริการที่หญิงหลังคลอดได้รับระหว่างการตั้งครรภ์ เก็บข้อมูลในกลุ่มหญิงหลังคลอดและอยู่ในโรงพยาบาล โดยพยาบาลที่ตึกหลังคลอด และข้อมูลพื้นฐานของสถานพยาบาล แนวทางในการฝากครรภ์ของสถานพยาบาล และแบบสอบถามสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ การคัดเลือกผู้ถูกสัมภาษณ์จะใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเน้นผู้มีบทบาทหรือหน้าที่ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดเป็นหลัก การสัมภาษณ์จะดำเนินการตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มีการบันทึกเสียงและถอดเทปเมื่อได้รับคำยินยอมจากผู้ถูกสัมภาษณ์แล้วเท่านั้น และการนำเสนอผลงานจะนำเสนอในภาพรวม โดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ถูกสัมภาษณ์ ใช้เวลาสัมภาษณ์ 30–40 นาทีต่อคน การสัมภาษณ์จะกระทำที่สถานที่ทำงานเมื่อไปลงพื้นที่และออนไลน์ตามผู้ถูกสัมภาษณ์สะดวก โดยมีผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัยจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ และศูนย์อนามัย 1–12 กรมอนามัย เป็นผู้เก็บข้อมูลทุกจังหวัดที่เป็นพื้นที่วิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบประเมินกิจกรรมหรือบริการที่หญิงตั้งครรภ์ได้ระหว่างการตั้งครรภ์โดยเก็บข้อมูลกิจกรรมหรือบริการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับจริง อ้างอิงตามกิจกรรมหรือบริการที่ระบุไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ร่วมกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของแม่และเด็กทั้งภาวะแทรกซ้อนเชิงสุติกรรมระหว่างตั้งครรภ์และคลอด กับภาวะสุขภาพของเด็กแรกเกิด ทั้งภาวะแทรกซ้อนแรกเกิด น้ำหนักตัว APGAR score ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยร้อยละ ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วยโมเดล logit เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลกิจกรรมการฝากครรภ์และผลลัพธ์เชิงสุขภาพแม่และเด็ก โดยวิเคราะห์หลังจากปรับอิทธิพลตัวแปรร่วมทั้งหมดแล้ว ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้วิธีแก่นสาระแบบอุปนัย (inductive thematic analysis) มีการกำหนดหัวข้อ (theme) เมื่อผู้วิจัยได้สัมผัสกับข้อมูลแล้ว โดยอาศัยโปรแกรม Microsoft excel ในการรวบรวมข้อมูล code เพื่อสร้าง sub-theme และ theme โดยข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว

**มาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ IHRP 2021012 โดยมีการดำเนินงานวิจัย

ตามมาตรฐานการวิจัยในมนุษย์ เก็บรักษาความลับของผู้ให้สัมภาษณ์ การบันทึกการสัมภาษณ์จะดำเนินการหลังจากได้รับความยินยอมจากผู้ให้สัมภาษณ์แล้วเท่านั้น

**ผลการศึกษา**

ข้อมูลด้านสุขภาพแม่และเด็กในปีงบประมาณ 2559 - 2563 ประกอบด้วย อัตราเกิดไร้ชีพ (stillbirth rate) อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น (early neonatal mortality rate) อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (low birth weight) อัตราการคลอดก่อนกำหนด (pre-term birth) และอัตราส่วนการตายมารดา (maternal mortality ratio) มีแนวโน้มดีขึ้น ดังตารางที่ 1

จากการเก็บข้อมูลกิจกรรมหรือบริการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับจริง อ้างอิงตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก พบว่ามีผู้ตอบแบบสำรวจทั้งสิ้น 468 ราย จาก 12 เขตสุขภาพ มารดาทุกรายเป็นกลุ่มครรภ์เสี่ยงต่ำ พบการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 6.6 ทารกทั้ง 468 รายเกิดมีชีพทั้งสิ้น มีทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์อยู่ ร้อยละ 6.3 ทารกส่วนใหญ่มี APGAR score ทั้งที่นาทีที่ 1, 5 และ 10 เกิน 7 คะแนน รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

จำนวนครั้งเฉลี่ยของการฝากครรภ์อยู่ที่ประมาณ 10 ครั้ง (9.86 ± 2.80 ครั้ง) ช่วงอายุครรภ์ 32-40 สัปดาห์ มีการฝากครรภ์มากที่สุดที่ประมาณ 4 ครั้ง (3.63±1.61

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านสุขภาพแม่และเด็ก ปี 2559 - 2563

ข้อมูลด้านสุขภาพแม่และเด็ก	ปีงบประมาณ				
	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราเกิดไร้ชีพ (stillbirth)*	NA	NA	3.86	4.54	4.37
อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น *	NA	NA	4.30	4.07	3.86
อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย *	NA	NA	10.70	9.90	9.52
อัตราการคลอดก่อนกำหนด **	NA	NA	NA	14.53	12.38
อัตราส่วนการตายมารดา ***	26.6	21.8	19.9	22.5	22.9

แหล่งข้อมูล: \* CMI @ MoPH

\*\* HDC Dashboard กระทรวงสาธารณสุข

\*\*\* ปีงบประมาณ 2559-2562 ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย กรมอนามัย

การวิเคราะห์สถานการณ์แนวทางการฝากครรภ์ในประเทศไทย

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของมารดาและทารก

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	Mean±SD	(Min-Max)
<b>ลักษณะของมารดา (n=468)</b>				
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 20 ปี	43	9.2	26.96±5.83 (15-40)
	20-34 ปี	348	74.4	
	35 ปีขึ้นไป	77	16.4	
การตั้งครรภ์ (ครั้ง)	ครรภ์แรก	176	37.6	2.01±1.02 (1-6)
	ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	292	62.4	
จำนวนครรภ์ที่คลอดมีชีพ	1	211	45.1	1.77±0.85 (1-5)
	2 ขึ้นไป	257	54.9	
จำนวนครรภ์ที่แท้ง	0	381	81.4	0.24±0.56 (0-3)
	1	67	14.3	
	2 ขึ้นไป	20	4.3	
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์)	น้อยกว่า 35	10	2.1	38.27±2.47 (6-41)
	35-36	21	4.5	
	37-39	349	74.6	
	40 ขึ้นไป	88	18.8	
วิธีการคลอด	คลอดทางช่องคลอด	310	66.2	
	ผ่าคลอด	158	33.8	
<b>ลักษณะของทารก</b>				
สุขภาพของทารก (n=468)	เกิดมีชีพ	468	100.0	
	เกิดไร้ชีพ	0	0	
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม) (n=462)	LBW (<2,500 g)	29	6.3	3,090.12±471.81 (1340-4715)
	Normal (2,500-4,000)	428	92.6	
	LGA (>4,000)	5	1.1	
คะแนน APGAR นาทีที่ 1 (n=464)				8.73 ± 0.78 (3-10)
	0-3	1	0.2	
	4-6	7	1.5	
	7-10	456	98.3	
คะแนน APGAR นาทีที่ 5 (n=463)				9.69 ± 0.54 (6-10)
	0-3	0	0	
	4-6	1	0.2	
คะแนน APGAR นาทีที่ 10 (n=414)				9.94 ±0.23 (9-10)
	0-3	0	0	
	4-6	0	0	
	7-10	414	100.0	

ครั้ง) หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีร้อยละ 74.3 สถานพยาบาลที่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เข้ารับการฝากครรภ์ คือ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนที่ร้อยละ 38.4 รองลงมาคือการฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชน อยู่ที่ร้อยละ 24.7 สำหรับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลศูนย์ มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันที่ ร้อยละ 17.7 และ 19.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

กิจกรรมที่ได้รับบริการค่อนข้างครบถ้วน (มากกว่าร้อยละ 80.0) ได้แก่ การซักประวัติ การชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต การตรวจครรภ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน การให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือด การให้คำแนะนำสำหรับติดต่อกรณีฉุกเฉินและการแจกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเพื่อบันทึกทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ กิจกรรมที่ได้รับบริการค่อนข้างต่ำกว่าที่กำหนดไว้ ได้แก่ การตรวจฟังเสียงการหายใจ และเสียงหัวใจ (ร้อยละ 73.1) การตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน (ร้อยละ 67.3 และ 33.5) และการตรวจเต้านม (ร้อยละ 70.7) การประเมินสุขภาพจิต ได้แก่ ประเมินความเครียด (ร้อยละ 69.7) คัดกรองโรคซีสต์เรื้อรัง (ร้อยละ 70.7) ประเมินการดื่มสุรา

(ร้อยละ 71.8) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ (ร้อยละ 55.6) การให้คำแนะนำในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ (ร้อยละ 50.6) การตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 ที่ถูกกำหนดให้ตรวจในช่วงอายุครรภ์ 32 สัปดาห์นั้น จะมีความเหมือนกันของช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับการตรวจ คือช่วง 26-31 สัปดาห์ และช่วง 32-40 สัปดาห์ ดังนั้น หากนับรวมทั้งสองช่วงอายุครรภ์ ความครอบคลุมของการได้รับการตรวจดังกล่าวประมาณร้อยละ 70.0 การตรวจปัสสาวะด้วยแถบ multiple urine dipstick มีการตรวจอยู่ใกล้เคียงกันในทุกช่วงของการตั้งครรภ์ที่ประมาณร้อยละ 65.0 กิจกรรมที่ได้รับบริการมากเกินกว่าที่กำหนดไว้ ได้แก่ การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงซึ่งกำหนดให้มีการตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งตลอดช่วงอายุครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงมากถึงร้อยละ 99.1 โดยมากที่สุดคืออายุครรภ์ 32-40 สัปดาห์ (ร้อยละ 63.9) ดังตารางที่ 4 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนการฝากครรภ์กับสุขภาพของทารกพบว่า จำนวนการมาฝากครรภ์หลัง 32 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่า จำนวนการฝากครรภ์ทั้งหมด ส่วนอายุครรภ์เมื่อคลอดมีผลต่อน้ำหนักแรกคลอดของทารกและ APGAR score นาทีที่ 1 มากที่สุด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 ข้อมูลการฝากครรภ์

ข้อมูล	รวม	ช่วงอายุครรภ์ (สัปดาห์)				
		≤12	13 - 19	20 - 25	26 - 31	32 - 40
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์						
Mean±S.D.	9.86±2.80	1.40±1.15	1.73±1.06	1.52±0.84	1.60±0.83	3.63±1.61
(Min-Max)	(2-19)	(0-6)	(0-6)	(0-6)	(0-5)	(0-10)
จำนวนหญิงฝากครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ)	347 (74.3)	80 (17.1)	24 (5.1)	11 (2.4)	5 (1.1)	
สถานพยาบาลที่ไปฝากครรภ์ (ร้อยละ)						
โรงพยาบาลศูนย์	744 (19.2)	106 (18.8)	143 (20.6)	116 (19.0)	135 (18.1)	222 (18.9)
โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน	1,492 (38.4)	186 (33.0)	264 (38.0)	231 (37.7)	290 (39.1)	489 (41.5)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	690 (17.7)	129 (22.8)	112 (16.1)	113 (18.5)	137 (18.4)	174 (14.8)
คลินิก	959 (24.7)	143 (25.4)	176 (25.3)	152 (24.8)	180 (24.3)	292 (24.8)
รวม (ครั้ง)	3,885 (100)	564 (100)	695 (100)	612 (100)	642 (100)	1,372 (100)

## การวิเคราะห์สถานการณ์แนวทางการฝากครรภ์ในประเทศไทย

ตารางที่ 4 บริการรายกิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับเมื่อมาฝากครรภ์ จำแนกตามช่วงอายุครรภ์

ลำดับ	กิจกรรม	ได้รับอย่างน้อย 1 ครั้ง (%)	ช่วงอายุครรภ์ (สัปดาห์)				
			≤12	13 - 19	20 - 25	26 - 31	32 - 40
1	การทดสอบการตั้งครรภ์	79.1	73.7	16.9	5.1	2.4	1.1
2	การสอบถามข้อมูล	99.8	73.7	38.2	27.4	25.9	25.9
	ซักประวัติส่วนตัว						
	ประวัติการเจ็บป่วย	99.6	73.7	41.0	31.0	29.9	28.6
	ประวัติทางสูติกรรมการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	99.6	73.7	37.2	25.9	24.6	23.5
3	การตรวจร่างกาย						
	ชั่งน้ำหนัก	100.0	73.7	85.5	89.1	89.5	90.4
	วัดส่วนสูง	95.1	69.4	39.5	33.8	34.2	33.3
	วัดความดันโลหิต	99.8	73.5	85.7	89.1	89.7	90.2
	ตรวจร่างกายทั่วไป ดูภาวะซีด อาการบวมและอาการเตือนของโรคอื่น ๆ	91.0	63.2	65.2	66.7	65.2	67.9
	ตรวจฟังเสียงการหายใจ และเสียงหัวใจ	73.1	46.8	44.7	42.3	40.6	41.7
	ตรวจเต้านม	70.7	43.6	21.2	10.3	7.9	9.6
	ตรวจสุขภาพช่องปาก	67.3	39.5	19.2	7.7	3.8	3.6
	ขัดและทำความสะอาดฟัน	33.5	16.9	12.0	3.8	1.3	0.6
	4	ตรวจครรภ์					
ตรวจฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์		99.1	44.9	77.4	86.5	87.8	89.5
ตรวจวัดความสูงยอดมดลูก		97.6	54.5	80.6	85.7	86.1	87.2
	ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง	99.1	43.6	59.6	50.9	36.8	63.9
5	การประเมินความเสี่ยงและสุขภาพจิต						
	Classifying form	82.7	55.6	32.3	23.7	21.4	22.4
	ประเมินความเครียด	69.7	42.5	34.2	28.0	27.4	27.8
	คัดกรองโรคซึมเศร้า	70.7	43.4	35.7	28.6	28.2	28.2
	ปัญหาการดื่มสุรา	71.8	46.6	34.2	29.1	28.2	27.1
6	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ						
	ตรวจหมู่เลือด (ABO และ Rh)	99.1	69.7	19.4	7.3	6.4	8.1
	ตรวจ CBC/Hb/Hct	99.6	69.7	20.5	9.4	33.1	39.5
	ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (anti-HIV)	99.6	69.9	19.9	9.4	34.0	40.4
	ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (VDRL)	99.6	69.9	19.9	9.2	32.5	39.5
	ตรวจคัดกรองพาหะไวรัสตับอักเสบบี	98.9	69.4	19.2	7.5	9.2	14.7
	ตรวจคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (MCV/OF+DCIP)	95.5	67.5	18.2	6.8	6.6	6.6
	การตรวจปัสสาวะด้วยแถบ multiple urine dipstick	92.5	64.5	65.4	67.7	65.4	68.6
7	การให้วัคซีนและให้ยาเสริม						
	ฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก (dT)	56.2	22.2	20.9	12.0	10.5	6.0
	ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่	55.6	4.5	13.2	19.2	11.8	9.8
	รับยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน	94.9	64.5	77.8	76.3	76.1	76.5
	การดูแลรักษาหากตรวจพบความผิดปกติ รวมถึงการแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ	66.0	42.1	46.2	44.7	42.7	44.4
8	การให้คำแนะนำ						
	โรงเรียนพ่อแม่	50.6	28.8	15.0	8.5	13.2	18.4
	ให้คำปรึกษา ก่อน/หลังการตรวจเลือด HIV (ตามความสมัครใจ)	88.9	43.6	24.1	8.3	20.7	23.7
	โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ดาวน์ซินโดรม						
	ให้คำแนะนำสำหรับการติดต่อกรณี มีเลือดออกปวดท้องหรือภาวะฉุกเฉิน	89.7	73.1	50.0	49.6	55.3	71.8
9	การบันทึกข้อมูล						
	รับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 1 เล่ม	97.6	72.4	16.5	5.1	2.4	1.1
	นำสมุดบันทึกมาทุกครั้ง	99.6	73.1	74.1	73.9	72.9	74.1

\* ช่องที่มีแถบสีเทาคือไม่อยู่ในเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งที่กำหนดโดยกรมอนามัยและ สปสช.

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของทารก

โมเดล	ปัจจัย	B	SE	95%CI	t	p-value
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอด						
I	อายุมารดา	-0.02	0.02	-0.05 - 0.01	-1.118	0.264
	จำนวนการมาฝากครรภ์ทั้งหมด	0.09	0.03	0.02 - 0.16	2.608	0.009*
	Constant	37.95	0.53			
II	อายุมารดา	-0.01	0.02	-0.04 - 0.02	-0.614	0.540
	จำนวนการมาฝากครรภ์หลัง 32 สัปดาห์	0.53	0.06	0.42 - 0.64	9.083	<0.001*
	Constant	36.74	0.46			
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารก						
III	อายุมารดา	-0.36	3.19	-6.63 - 5.17	-0.112	0.911
	จำนวนการมาฝากครรภ์ทั้งหมด	8.12	6.73	-5.12 - 21.35	1.206	0.229
	อายุครรภ์เมื่อคลอด	75.04	9.32	56.72 - 93.35	8.051	<0.001*
	Constant	140.67	368.91			
IV	อายุมารดา	0.11	3.17	-6.11 - 6.33	0.034	0.973
	จำนวนการมาฝากครรภ์หลัง 32 สัปดาห์	28.44	13.65	1.62 - 55.26	2.084	0.038*
	อายุครรภ์เมื่อคลอด	68.14	10.03	48.43 - 87.85	6.795	<0.001*
	Constant	373.65	381.33			
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ Apgar score นาทีที่ 1						
V	อายุมารดา	-0.01	0.01	-0.03 - 0.00	-2.189	0.029*
	จำนวนการมาฝากครรภ์ทั้งหมด	0.01	0.01	-0.02 - 0.03	0.451	0.652
	อายุครรภ์เมื่อคลอด	0.09	0.02	0.05 - 0.12	4.776	<0.001*
	Constant	5.69	0.72			
VI	อายุมารดา	-0.01	0.01	-0.03 - 0.00	-2.134	0.033*
	จำนวนการมาฝากครรภ์หลัง 32 สัปดาห์	0.05	0.03	0.00 - 0.11	2.011	0.045*
	อายุครรภ์เมื่อคลอด	0.07	0.02	0.03 - 0.11	3.698	<0.001*
	Constant	6.11	0.75			

หมายเหตุ: \* Statistically significant at  $p < 0.05$  determined by multiple linear regression.  
 Model I:  $R=0.130$ ,  $R^2=0.017$ , Adj.  $R^2=0.012$ ,  $F=3.808$ ,  $p\text{-value}=0.023$   
 Model II:  $R=0.397$ ,  $R^2=0.158$ , Adj.  $R^2=0.154$ ,  $F=41.728$ ,  $p\text{-value}<0.001$   
 Model III:  $R=0.370$ ,  $R^2=0.137$ , Adj.  $R^2=0.131$ ,  $F=23.173$ ,  $p\text{-value}<0.001$   
 Model IV:  $R=0.378$ ,  $R^2=0.143$ , Adj.  $R^2=0.137$ ,  $F=24.285$ ,  $p\text{-value}<0.001$   
 Model V:  $R=0.250$ ,  $R^2=0.062$ , Adj.  $R^2=0.056$ ,  $F=9.740$ ,  $p\text{-value}<0.001$   
 Model VI:  $R=0.265$ ,  $R^2=0.070$ , Adj.  $R^2=0.064$ ,  $F=11.105$ ,  $p\text{-value}<0.001$

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่พึงพอใจในบริการฝากครรภ์ (ร้อยละ 71.4) เนื่องจากได้รับคำแนะนำและการดูแลที่ดี ซึ่งรวมทั้งการตรวจครรภ์ การให้ยา และการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง และยังมีเรื่องการตรวจที่ใกล้บ้าน ทำให้สะดวก สำหรับจำนวนการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในมุมมองของหญิงตั้งครรภ์พบว่า

ประมาณ สองในสาม (ร้อยละ 67.6) คิดว่าฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้งถือว่าเพียงพอ โดยให้เหตุผลว่าไม่มีปัญหาสุขภาพ ไม่สะดวกเดินทางหรือลางานและไม่ต้องมาระวังพยาบาลบ่อย เนื่องจากกังวลการติดเชื้อโควิด 19 สำหรับร้อยละ 32.4 ที่ต้องการฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้ง ให้เหตุผลว่า การตรวจเพียง 5 ครั้ง น้อยเกิน



ไป และกังวลหากทิ้งช่วงเวลานาน โดยเฉพาะช่วงใกล้คลอดอยากให้เห็นด้อยขึ้น

### ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลและสถานพยาบาลที่ให้ข้อมูล

สำหรับโรงพยาบาลขนาดทั่วไปขึ้นไป ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดเป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ยประมาณ 50 ปีในทุกกลุ่มงาน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานห้องคลอดมีอายุงานเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 22 ปี และน้อยที่สุดคือผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ที่ 12 ปี สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.4) อายุเฉลี่ยประมาณ 50 ปี ในทุกกลุ่มงาน พบว่า หัวหน้ากลุ่มงานมีอายุงานเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 24 ปี ส่วนผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอด มีอายุงานเฉลี่ยใกล้เคียงกันที่ 14 และ 15 ปี ตามลำดับ

### Theme 1 ทรัพยากรในการทำงานของพื้นที่ในปัจจุบัน ทรัพยากรของสถานบริการ

เรื่องกำลังบุคลากรในพื้นที่ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่เพียงพอเนื่องจากภาระงานมีทั้งการให้บริการและงานด้านเอกสาร โดยเฉพาะบุคลากรในคลินิกฝากครรภ์ แต่การคิดกรอบอัตรากำลังมักคิดมาจากงานบริการอย่างเดียว ไม่รวมงานด้านเอกสาร จำนวนแพทย์มีไม่เพียงพอทำให้การตรวจรักษาล่าช้าได้เนื่องจากแพทย์อาจต้องเข้าห้องผ่าตัด หรือประเมินผู้ป่วยในหอผู้ป่วยและตรวจคลินิกฝากครรภ์ในเวลาเดียวกัน โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่อาศัยการใช้อัตรากำลังของบุคลากรร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ห้องคลอดและห้องฉุกเฉิน หรือหลังคลอด เนื่องจากลดปริมาณวันที่บุคลากรต้องอยู่เวร และเกือบทุกโรงพยาบาลจะมีเวรเสริม

คำตอบแทนบุคลากรในห้องคลอดถือว่าเกิดความไม่เท่าเทียมจากมุมมองของผู้ปฏิบัติ เนื่องจากประเมินว่ามีความเสี่ยงในการปฏิบัติงานมากกว่า แต่ได้รับคำตอบแทนเท่ากับผู้ปฏิบัติงานในจุดอื่น การฝึกอบรมของบุคลากรโดยส่วนใหญ่มีงบประมาณสนับสนุน แต่กฎระเบียบมีความต่างกันในแต่ละแห่ง อย่างไรก็ตามพบว่าบุคลากร

บางส่วนไม่ได้รับการอบรม เนื่องจากหากไปอบรมจะทำให้บุคลากรที่อยู่ในพื้นที่ปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่จะเน้นการฟื้นฟูความรู้ผ่านการอบรมในโรงพยาบาลหรือการอบรมที่จังหวัด หรือเขตสุขภาพจัดขึ้นมากกว่าทางผู้ปฏิบัติงานต้องการให้มีการจัดอบรมโดยไม่เสียค่าลงทะเบียน หรือจัดเป็นออนไลน์เพื่อเพิ่มความเป็นไปได้ในการเข้ารับการอบรม โรงพยาบาลขนาดใหญ่ส่วนหนึ่งจะจัดการอบรมให้แก่โรงพยาบาลลูกข่ายเป็นระยะๆ เพื่อทบทวนความรู้ นอกจากนี้พบว่านโยบายจากผู้บริหารเรื่องความสำคัญของแต่ละงานมีผลกับการจัดกำลังคน คือหากผู้บริหารให้ความสำคัญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่า ก็จะจัดสรรทรัพยากรไปยังงานดังกล่าวมากกว่า เป็นต้น

การเบิกเงินของโรงพยาบาลผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การลงข้อมูลรายโรค เช่น ข้อมูลทารกคลอดก่อนกำหนด การคัดกรองธาลัสซีเมีย และกลุ่มอาการดาวน์ เป็นต้น การบันทึกข้อมูลถือเป็นเรื่องจำเป็นเนื่องจากเกี่ยวข้องกับรายได้ของโรงพยาบาลและตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข แต่ละสถานพยาบาลจึงมีระบบบริหารจัดการหลากหลาย เช่น ทำการบันทึกข้อมูลในช่วงบ่าย มีค่าล่วงเวลาสำหรับผู้บันทึกข้อมูล ซึ่งมักเป็นพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลบันทึกข้อมูลและส่งให้ฝ่ายทะเบียนตรวจสอบข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง สถานพยาบาลบางแห่ง จ้างพนักงานมาเพื่อบันทึกข้อมูลโดยเฉพาะ เพื่อลดความผิดพลาดของการบันทึกข้อมูลและเบิกจ่ายได้ครบถ้วน นอกจากนี้ ระบบการเบิกจ่ายระหว่างแม่ข่ายและลูกข่ายในการบริการในแต่ละแห่งยังมีความแตกต่างกัน

### คู่มือ/โครงการในปัจจุบัน

พื้นที่ระดับเขตสุขภาพ ส่วนใหญ่ก็มีแนวทางการดูแลรักษาเฉพาะในแต่ละพื้นที่ซึ่งโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนนำแนวทางไปใช้ บางพื้นที่ได้ปรับแนวทางจากระดับเขต หรือจังหวัดให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เป็นสมุดบันทึกที่ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กในทุกจุดอาศัยเก็บข้อมูลสุขภาพของ

แม่และทารกในครรภ์ พบว่า มีข้อมูลบางประการที่ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการใช้งาน เช่น Vallop curve ที่มีขนาดเล็กทำให้ไม่สะดวกในการทำงานและส่วนหนึ่งแจ้งว่าไม่ได้กรอกข้อมูลลงในส่วนนี้ เนื่องจากอาศัยข้อมูลน้ำหนักทารกจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ไม่สามารถลงผลการคัดกรองสุขภาพจิตได้ทุกครั้งเนื่องจากไม่มีพื้นที่พอในสมุด ทำให้เจ้าหน้าที่หาแบบประเมินของกรมสุขภาพจิตหรือหน่วยงานอื่นมาใช้แทน หรือประเมินในการฝากครรภ์ครั้งแรกเพียงครั้งเดียว การตรวจสุขภาพฟันเป็นบริการที่พื้นที่ไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากส่วนหนึ่งมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เกิน 6 เดือน และการเปลี่ยนรูปแบบของสมุดสัมภาษณ์บ่อยครั้งทำให้ผู้ใช้งานเกิดความสับสนในการใช้งานเล็กน้อย โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน เป็นโครงการเรื่องโภชนาการและพัฒนาการของเด็กตั้งแต่ในครรภ์ถึง 3 ปี พบว่า พื้นที่ส่วนใหญ่ดำเนินการเป็นโครงการนำร่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติ บางส่วนอาศัยการบริจาคหรือทำบุญวันเกิด

การดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ยังคงค่อนข้างจำกัดในแต่ละพื้นที่ มีความหลากหลายของกระบวนการให้บริการ รวมถึงอาจดำเนินการแบบพูดคุยรายบุคคลแทนรายกลุ่ม โดยเฉพาะเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้ไม่สามารถรวมกลุ่มเพื่อจัดให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ได้หรือไม่ดำเนินการเลยหากเป็นในคลินิกฝากครรภ์ความเสี่ยงสูง และมีแนวทางที่แตกต่างกัน หน่วยบริการต้องการอุปกรณ์และสื่อในโรงเรียนพ่อแม่ที่เป็นมาตรฐาน รวมทั้งหลักสูตรเพื่อให้การสอนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และพบว่า หากหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์มาจากคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชนมักขาดองค์ความรู้เรื่องโรงเรียนพ่อแม่

## Theme 2 กระบวนการจัดการหญิงตั้งครรภ์ กลไกการส่งต่อ

กลไก Maternal and Child Health (MCH) Board เป็นกลไกที่มีตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัดและเขตสุขภาพ ในระดับเขตสุขภาพจะมีการจัดประชุมประมาณ 2- 4

ครั้งต่อปีและเมื่อมีกรณีมารดาเสียชีวิต ในระดับอำเภอมักมีการประชุมทุกไตรมาส หรืออย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง ส่วนการดูแลในระดับโรงพยาบาลจะมีการประชุมทุกเดือน การส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นลูกข่าย ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย (มีสูตินรีแพทย์) โรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลศูนย์ มักมีแนวทางในการดำเนินงานที่ประชุมร่วมกัน โรงพยาบาลที่ไม่มีห้องคลอดจะรับฝากครรภ์ก่อนจนถึงอายุครรภ์ประมาณ 37 สัปดาห์จะส่งหญิงตั้งครรภ์ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ในกรณีที่ไม่สามารถดูแลทารกต่อได้ ทางโรงพยาบาลลูกข่ายจะตกลงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายถึงกรณีที่จะส่งต่อในกรณีที่มารดาและทารกมีภาวะที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาล ในกรณีที่ส่งต่อตามปกติทางโรงพยาบาลมักมีการสื่อสารผ่านไลน์หรือโทรศัพท์เพื่อส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ระหว่างโรงพยาบาลลูกข่ายและโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้งสิ้น

### การจัดการความเสี่ยงและติดตามหญิงตั้งครรภ์

การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้แบบประเมินความเสี่ยง Classifying form ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก บางแห่งสามารถส่งต่อผู้ป่วยหากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จากห้องฉุกเฉิน หรือคลินิกฝากครรภ์ ไปยังห้องคลอดหรือหอผู้ป่วยได้ทันที ส่วนใหญ่เมื่อคัดกรองแล้วจะมีสัญลักษณ์ที่แสดงถึงความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ไว้หน้าสมุดฝากครรภ์ หรือเป็นใบเพิ่มเติมเพื่อสื่อสารความเสี่ยงในสมุดฝากครรภ์ หรือโทรส่งต่อรายละเอียดของหญิงตั้งครรภ์

การติดตามหญิงตั้งครรภ์ของสถานพยาบาลจะเป็นการโทรศัพท์ตามหากหญิงตั้งครรภ์ไม่มาตามนัด และส่งประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งอาจประสานกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นลำดับถัดไป เพื่อตามให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัด สถานพยาบาลส่วนหนึ่งมีกลุ่มในการให้คำปรึกษาและสามารถโทรศัพท์ปรึกษาศูนย์ฝากครรภ์หรือห้องคลอดได้ตลอดเวลา หน้าห้อง อสม. อย่างหนึ่งคือการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่และแนะนำให้ฝากครรภ์ที่สถานพยาบาล รวมทั้งช่วยวัดความดันโลหิตแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคความ

ต้นโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังรับฝากครรภ์เบื้องต้นและเป็นกรณีที่มีความเสี่ยงต่ำมากเท่านั้น แต่ในบางแห่งปฏิเสธไม่รับฝากครรภ์เนื่องจากประเมินว่าตนเองไม่มีทักษะมากพอ

### Theme 3 มิติของความเป็นไปได้ในการฝากครรภ์ 8 ครั้ง

#### ความเป็นไปได้ในมุมมองคนทำงาน

ความเห็นในภาคปฏิบัติเรื่องการเปลี่ยนจากการฝากครรภ์ 5 ครั้ง เป็น 8 ครั้งไม่แตกต่างจากกระบวนการฝากครรภ์ในปัจจุบัน เนื่องจากได้ปฏิบัติอยู่แล้วแม้ว่าจะไม่สามารถเบิกเงินได้ ส่วนใหญ่เกิดจากที่ผู้ปฏิบัติกังวลว่าหากนัดห่างจะเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากคิดว่าปัจจุบันมีหญิงตั้งครรภ์จำนวนน้อยแต่พบว่ามีภาวะเสี่ยงมากขึ้น และจะทำให้ประเมินความต่อเนื่องของการรับประทานวิตามินและยาเสริมธาตุเหล็กได้ และหญิงตั้งครรภ์สะดวกในการมาฝากครรภ์บ่อย เนื่องจากสบายใจกว่าในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ มีการนัดฝากครรภ์ถึง 8-10 ครั้ง และมากกว่า 10-15 ครั้งในกลุ่มความเสี่ยงสูง วิธีการนัดคือ อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ นัดทุก 4 สัปดาห์ 29 - 32 สัปดาห์ นัดทุก 3 สัปดาห์ 32 - 36 สัปดาห์ นัดทุก 2 สัปดาห์ หลัง 37 สัปดาห์ นัดทุก 1 สัปดาห์ หรือระบบการนัดแบบอื่นที่มีความถี่ค่อนข้างสูงในไตรมาสที่ 3 เช่นนี้ อย่างไรก็ตาม แม้จำนวนการนัดโดยรวมจะสูง แต่โรงพยาบาลไม่ผ่านเกณฑ์ 5 ครั้งคุณภาพ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ข้อกังวลคือหากเปลี่ยนเป็นฝากครรภ์ 8 ครั้ง ไม่ต้องการให้เพิ่มกิจกรรมบังคับที่ต้องกรอกข้อมูลเพิ่มจำนวนมากหรือเพิ่มในตัวชี้วัด ความเห็นบางส่วนยังเห็นว่าในกลุ่มที่เสี่ยงต่ำ การฝากครรภ์ 5 ครั้ง ถือว่าเพียงพอ แต่หากมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น อาจฝากครรภ์เป็น 8 ครั้ง แต่ปัจจุบันหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นความเสี่ยงต่ำมีเพียงร้อยละ 30.0

#### ความเห็นมิติอื่น

โรงพยาบาลเพิ่มจำนวนครั้งในการฝากครรภ์เนื่องจากต้องการให้เกิดคุณภาพ เช่น กรณีติดตามภาวะโลหิตจางในที่ต้องเลื่อนการนัดให้เร็วขึ้น เนื่องจากเมื่อนัดห่าง

เป็นสองเดือนแล้วทำให้ผู้ป่วยไม่มาตามนัดและการได้รับวิตามินและยาเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งประเด็นดังกล่าวสามารถบอกได้ว่าการฝากครรภ์ดังกล่าวได้คุณภาพจริงหรือไม่ นอกจากจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่วนใหญ่เน้นตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงมากกว่า 1 ครั้ง ซึ่งเกินเกณฑ์ที่สามารถเบิกจ่ายได้ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ความเห็นเชิงคุณธรรมของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ว่าแม้จะต้องเพิ่มจำนวนการฝากครรภ์ที่มากขึ้นแต่ถ้าทำให้คุณภาพของการตั้งครรภ์สูงขึ้นและไม่เกิดกรณีมารดาเสียชีวิตก็ยินดีจะเพิ่มภาระงานและเพื่อให้คุณภาพของการฝากครรภ์ไม่ลดลง

#### ความเป็นจริงของการฝากครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำและส่วนหนึ่งพบว่ามีการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์มากขึ้น แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักปกปิดประวัติ จะเป็นญาติ อสม. มาแจ้ง หรือเจ้าหน้าที่ทราบเองและพบว่ากลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อซิฟิลิสสูงขึ้นด้วย การมาฝากครรภ์ช้า ส่วนหนึ่งเนื่องจากไม่ทราบตัวตนเองตั้งครรภ์ หรือเห็นว่าภาระหน้าที่การงานสำคัญกว่าจึงไม่มาฝากครรภ์ หรือจากความเชื่อว่าจะต้องไม่บอกใครว่าท้องก่อนอายุครรภ์ 3 เดือน อย่างไรก็ตามโครงการวิชาวัดสร้างชาติพบว่าช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ได้มาก

ส่วนน้อยที่อ่านข้อมูลความรู้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แต่เจ้าหน้าที่จะให้แม่จดบันทึกนับลูกดิ้นลงในสมุดเป็นประจำ หรือระบุว่าแม่ต้องอ่านหน้าไหนเป็นพิเศษ อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอว่าอาจปรับลักษณะของการนำเสนอภาพเด็กที่ป่วยเป็นไวรัสตับอักเสบบี ซิฟิลิส หรือธาลัสซีเมียให้เห็นภาพเพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ สำหรับโรงเรียนพ่อแม่พบว่าหญิงตั้งครรภ์และสามีส่วนหนึ่งยังไม่เห็นความสำคัญทำให้ไม่มาตามนัด และหญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งไม่รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กและวิตามิน ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องนัดติดตามบ่อยขึ้น

การฝากครรภ์ในคลินิกเอกชน ส่วนใหญ่ไม่มีการให้ความรู้เชิงความรู้ด้านสุขภาพ หรือโรงเรียนพ่อแม่แก่

หญิงตั้งครรภ์ ไม่ได้ใช้สมุดสีชมพูของกรมอนามัย ส่วนใหญ่จะใช้ของคลินิกเองหรือของบริษัทตนเอง ซึ่งพบว่ากรอกข้อมูลต่าง ๆ ในสมุดสีชมพูนั้นยังไม่ครบถ้วน ยกเว้นกรณีแพทย์ที่เปิดคลินิกนั้นทำงานอยู่ในโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่ จะใช้สมุดสีชมพูแบบเดียวกันและกรอกข้อมูลค่อนข้างครบถ้วน ส่วนมากหญิงตั้งครรภ์จะฝากครรภ์ที่คลินิกอย่างเดียว มาโรงพยาบาลเพื่อมาเจาะเลือดตามสิทธิเท่านั้น หรือในบางครั้งพบว่าอาจไม่ได้รับการตรวจคัดกรองอย่างครบถ้วน อย่างไรก็ตามมีเขตสุขภาพที่เชิญคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนประชุมเพื่อให้ส่งตรวจคัดกรองได้ตามสิทธิประโยชน์ที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับ

## วิจารณ์

สถานะทางสุขภาพของแม่และเด็กในประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะเป็นไปในแนวทางที่ดี อัตราส่วนการตายมารดาตกลงจาก 26.6 ลงมาเป็น 22.90 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี 2559-2563 อัตราการคลอดก่อนกำหนดที่ลดลงจากร้อยละ 14.5 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี 2562-2563 อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ พบว่ายังมีความท้าทายในการพัฒนาระบบบริการ ที่ยังไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ

ผลการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ 468 ราย ไม่พบทารกเกิดไว้ชีพ พบการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 6.6 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 6.3 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในภาพรวมของประเทศที่พบอัตราทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.4 และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 9.5 (ปี 2563) ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะที่เป็นกลุ่มครรภ์เสี่ยงต่ำ (low risk) จำนวนครั้งของการฝากครรภ์โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 10 ครั้ง แม้ว่าจะเป็นกลุ่มครรภ์เสี่ยงต่ำก็ตาม โดยมีผู้ที่ฝากครรภ์น้อยที่สุด 2 ครั้ง และมากที่สุด 19 ครั้ง ใกล้เคียงกับรายงานของ Gammeltoft T<sup>(14)</sup> ที่ได้ทำการสำรวจพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในประเทศเวียดนามได้รับการฝากครรภ์

เฉลี่ย 8.3 ครั้ง และหนึ่งในห้าได้รับการฝากครรภ์ 10 ครั้งหรือมากกว่า นอกจากนี้ ยังพบว่ายังมีกลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้าถึงร้อยละ 25.7 ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวได้พบในการสัมภาษณ์เช่นกัน และเป็นประเด็นที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่กังวลว่าจะไม่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด แม้ว่าจำนวนการฝากครรภ์โดยรวมสูง แต่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ได้ จากการศึกษาของ Beauclair R และคณะ<sup>(15)</sup> พบว่า การเริ่มมาฝากครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรกอาจไม่ได้เป็นปัจจัยที่กำหนดผลลัพธ์ของการคลอดหรือทารกเกิดไว้ชีพ (birth outcome, stillbirths) เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่สำคัญอีก ได้แก่ คุณภาพของการบริการฝากครรภ์ที่ครบถ้วน รวมถึงการดูแลรักษาทางการแพทย์ในระหว่างตั้งครรภ์ด้วย จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติอาจอธิบายเหตุผลของภาวะทางสุขภาพของทารกและอายุครรภ์เมื่อคลอดที่ค่อนข้างดีได้ เนื่องจากจำนวนการฝากครรภ์หลังจากอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ถือว่ามีผลต่อทั้งอายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด และ APGAR score นาทีที่ 1 ดังนั้น เมื่อพิจารณาว่าในพื้นที่มีระบบการนัดหมายหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ที่มากกว่า 1 ครั้งตามเกณฑ์ โดยพิจารณาจากคุณภาพนั้นถือว่าส่งผลดีต่อคุณภาพการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก เมื่อสอบถามหญิงตั้งครรภ์พบว่าส่วนหนึ่งไม่ทราบนโยบายฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ ทำให้ลังเลที่จะมาฝากครรภ์แต่เนิ่นๆ ประมาณสองในสามพอใจหากได้รับการฝากครรภ์ที่อย่างน้อย 5 ครั้ง และหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 99.3 มีความพึงพอใจในกระบวนการฝากครรภ์ที่ได้รับ จึงควรเน้นย้ำเรื่องการสื่อสารประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในบริการฝากครรภ์

กิจกรรมในการฝากครรภ์ได้กำหนดไว้ในเกณฑ์ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ พบว่า กิจกรรมที่ได้รับบริการค่อนข้างครบถ้วน (มากกว่าร้อยละ 80.0) ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต การตรวจครรภ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน การให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือด

การให้คำแนะนำสำหรับติดต่อกรณีฉุกเฉินและการแจกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเพื่อบันทึกทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ อย่างไรก็ตาม การตรวจทางห้องปฏิบัติการถูกกำหนดให้ตรวจซ้ำในช่วงอายุครรภ์ประมาณ 32 สัปดาห์ (Lab 2) โดยการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hct) เพื่อตรวจหาหรือติดตามภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ ตรวจการติดเชื้อเอช ไอ วี และซิฟิลิส (anti-HIV, VDRL) เพื่อตรวจหาการติดเชื้อที่อาจได้รับในระหว่างตั้งครรภ์ พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในช่วงอายุครรภ์ 26-31 สัปดาห์และช่วง 32-40 สัปดาห์ รวมกันแล้วมีความครอบคลุมที่ได้รับการตรวจ Lab 2 อยู่ที่ร้อยละ 70.0 น้อยกว่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 (Lab 1) ซึ่งได้รับบริการสูงกว่าที่ประมาณร้อยละ 99.0 ส่วนการตรวจปัสสาวะด้วย multiple urine dipstick พบเพียงร้อยละ 65.0 ในทุกช่วงอายุครรภ์ ทั้งนี้เนื่องจากสถานพยาบาลบางแห่งใช้วิธีการตรวจ urinalysis แทนการตรวจด้วยวิธี multiple urine dipstick จากแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก<sup>(5)</sup> แนะนำให้ทำการตรวจเพาะเชื้อในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ (midstream urine culture) เพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะแบบไม่มีอาการ (asymptomatic bacteriuria) ในสถานที่ที่ไม่สามารถทำการตรวจเพาะเชื้อในปัสสาวะได้ แนะนำให้ตรวจปัสสาวะด้วยการย้อมสีแบคทีเรีย (urine gram stain) ซึ่งจะมีข้อดีกว่าการตรวจด้วยวิธี multiple urine dipstick การศึกษาของ Demilie T และคณะ<sup>(16)</sup> Lumbiganon P<sup>(17)</sup> รวมทั้งของ Kovavisarach E และคณะ<sup>(18)</sup> รายงานว่าการใช้ rapid urine dipstick ในการตรวจหาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์มีความไว (sensitivity) และค่าทำนายผลบวก (positive predictive value) ต่ำ ส่วนการศึกษาของ Chongsomchai C<sup>(19)</sup> พบว่า การตรวจปัสสาวะด้วยวิธี urinalysis มีความไว (sensitivity) และค่าทำนายผลบวก (positive predictive value) ต่ำเช่นกัน ดังนั้น ควรพิจารณาวิธีตรวจคัดกรองที่มีความไว (sensitivity) และความถูกต้องแม่นยำ (accuracy) ในขณะเดียวกัน ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่าย (cost) และความพร้อม

(availability) ของสถานพยาบาลด้วย Lumbiganon P และคณะ<sup>(20)</sup> ได้ทำการทบทวนเพื่อหาวิธีตรวจคัดกรองอื่นๆ ที่เหมาะสม ให้ความเห็นว่า การตรวจปัสสาวะด้วย dipslide test อาจเป็นวิธีหนึ่งที่มีความเป็นไปได้ในการพิจารณานำมาใช้ในการตรวจคัดกรองภาวะ asymptomatic bacteriuria ในหญิงตั้งครรภ์ ในอนาคตควรมีการศึกษาหาวิธีการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และสถานพยาบาลในประเทศไทย เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ asymptomatic bacteriuria และเร่งทำการรักษา เนื่องจากเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ที่ก่อให้เกิดผลกระทบในระยะยาวได้

ตามแนวปฏิบัติของการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง กำหนดให้มีการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงอายุครรภ์ 18-22 สัปดาห์ แต่ในความเป็นจริงพบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงถึงร้อยละ 99.0 โดยจำนวนครั้งเฉลี่ยอยู่ที่ไตรมาสละครั้ง ซึ่งถือว่าได้รับเกินกว่าที่กำหนดไว้ในแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทย สอดคล้องกับในประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ เวียดนาม หญิงตั้งครรภ์ในเขตเมืองและในชนบท จะได้รับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเฉลี่ย 6 ครั้ง และ 3.5 ครั้งตามลำดับ<sup>(21)</sup> ในเขตชนบททางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงแก่หญิงตั้งครรภ์เฉลี่ย 2.5 ครั้ง ร้อยละ 46.8 ได้รับการตรวจอย่างน้อย 3 ครั้ง<sup>(22)</sup> ส่วนประเทศไทยได้วัน ได้ให้สิทธิประโยชน์ในการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงแก่หญิงตั้งครรภ์ 1 ครั้ง เช่นเดียวกับของประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 60.0 ได้รับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง 4 ครั้ง ไม่ว่าจะเป็คลินิกเอกชน สถานพยาบาลระดับชุมชนหรือระดับเขต ยกเว้นในศูนย์การแพทย์ที่มักจะให้บริการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง 5 ครั้ง (ร้อยละ 81.2)<sup>(23)</sup> อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลก<sup>(24)</sup> ระบุว่าหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง 2 ครั้งในช่วงไตรมาสแรกและไตรมาสที่ 2 โดยแนะนำให้ตรวจก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ (early ultrasound) เพื่อประเมินอายุครรภ์ ตรวจหาความพิการ

ของทารกและภาวะครรภ์แฝด ลดการชักนำการคลอดในกรณีครรภ์เกินกำหนดและเพื่อเป็นการสร้างประสบการณ์ที่ดีแก่หญิงตั้งครรภ์ สำหรับประเทศไทย มีนโยบายการคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้ง-ครรภ์ทุกอายุทุกสิทธิ์ตั้งแต่ปี 2564 จึงมีความจำเป็นที่จะต้องตรวจยืนยันอายุครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายก่อนที่จะทำการตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ในช่วงอายุครรภ์ 14-18 สัปดาห์ ควรมีการพิจารณาปรับเพิ่มจำนวนครั้งของการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงแก่หญิงตั้งครรภ์ในแนวปฏิบัติการฝากครรภ์คุณภาพ โดยแนะนำให้ตรวจในช่วงไตรมาสแรกและช่วงอายุครรภ์ 18-24 สัปดาห์ ทั้งนี้ควรพิจารณาผลกระทบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

กิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการค่อนข้างต่ำ ได้แก่ การตรวจฟังเสียงการหายใจและเสียงหัวใจโดยแพทย์ (ร้อยละ 73.1) การตรวจเต้านม (ร้อยละ 70.7) การตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน (ร้อยละ 67.3 และ 33.5) ซึ่งจำเป็นต้องไปรับบริการที่หน่วยทันตกรรม และมีความไม่สะดวกกับหญิงตั้งครรภ์ในการเข้ารับบริการหรือบางครั้งเกิดจากการมารับบริการฝากครรภ์ล่าช้า การประเมินสุขภาพจิต (ร้อยละ 70.0) ส่วนใหญ่สถานพยาบาลสอบถามเรื่องสุขภาพจิตในครั้งแรกเท่านั้น สาเหตุส่วนหนึ่งอาจเกิดจากกำลังคนที่มีจำกัดในคลินิกฝากครรภ์ในทุกระดับของสถานพยาบาล จึงไม่สามารถให้คำปรึกษาและคำแนะนำต่าง ๆ ได้อย่างครบถ้วน ในทำนองเดียวกันกับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 55.6) และการให้ความรู้ในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ (ร้อยละ 50.6) ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการโรงเรียนพ่อแม่แบบจริงจัง จึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ในรูปแบบที่ผู้ปฏิบัติสามารถดำเนินการได้สะดวก โดยอาจพัฒนาสื่อการสอนหรือรูปแบบในการสอนแบบใหม่ การสร้างหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางเรื่องการฝากครรภ์ เพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์มาจากคลินิกเอกชน

(ร้อยละ 24.7) ไม่ได้รับความรู้เรื่องโรงเรียนพ่อแม่ หรืออาจไม่ได้รับการตรวจในบางรายการ จึงจำเป็นต้องหาแนวทางในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน การอาศัยการบูรณาการกับชุมชนผ่านกลไกของ อสม. และ รพ.สต. การเพิ่มทักษะและความสามารถในการชุมชน เช่น การประเมินภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะยิ่งทำให้การดำเนินงานดังกล่าวเข้มแข็งมากขึ้น โดยอาจเน้นย้ำไปในคณะกรรมการ-อนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ จังหวัดและเขตสุขภาพ เนื่องจากพบว่าเครือข่ายดังกล่าวมีความเข้มแข็งในทุกที่

### สรุป

สถานะทางสุขภาพของแม่และเด็กในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2559 มีแนวโน้มที่จะเป็นไปในแนวทางที่ดี สถานพยาบาลใน 12 เขตสุขภาพมีการดำเนินงานตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มความเสี่ยงต่ำจะได้รับบริการฝากครรภ์เฉลี่ย 10 ครั้ง แต่ยังมีกลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้าถึงร้อยละ 25.7 กิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการค่อนข้างต่ำ ได้แก่ การตรวจฟังเสียงการหายใจและเสียงหัวใจ การตรวจเต้านม การตรวจสุขภาพช่องปาก การประเมินสุขภาพจิต การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่และการให้ความรู้ในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ การปรับปรุงแนวทางการฝากครรภ์เป็น 8 ครั้งมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ควรให้ความสำคัญกับความครบถ้วนของกิจกรรมที่จำเป็นในแต่ละช่วงอายุครรภ์ และคำนึงถึงผลกระทบด้านภาระงานและค่าใช้จ่ายรวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการฝากครรภ์ และการสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์ให้ทั่วถึงมากขึ้น

### ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ในการศึกษานี้เลือกเฉพาะที่เป็นกลุ่มครรภ์เสี่ยงต่ำ ซึ่งมีผลลัพธ์ทางสุขภาพแม่และเด็กที่ดีทั้งสิ้น ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ทางสุขภาพแม่และเด็กกับจำนวนครั้งของการ

ฝากครรภ์ได้ การกรอกข้อมูลเชิงปริมาณของผู้ร่วมวิจัยที่มาจากหลากหลายแห่ง อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน นอกจากนี้ ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้สัมภาษณ์อาจเกิดความเกรงใจในการให้ข้อมูล เนื่องจากผู้สัมภาษณ์มาจากหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ในอนาคตควรมีการศึกษาวเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความถี่ของการให้บริการกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมทั้งในแง่การให้บริการน้อยกว่าและให้บริการมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (overuse) รวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ทางสุขภาพแม่และเด็กกับจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ด้วย

### กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศ. (เกียรติคุณ) พญ.ศิริกุล อิศรานุรักษ์ ศ.นพ.ภิศก ลุมพิกานนท์ พญ.นิพรรณพร วรมงคล ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในงานวิจัยชิ้นนี้ ขอขอบคุณนักวิชาการและพยาบาลผู้รับผิดชอบโครงการฯ จากศูนย์อนามัยที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลเป้าหมายทั้ง 24 แห่ง สำหรับความช่วยเหลือในการดำเนินการศึกษาตลอดโครงการ และขอขอบคุณองค์การอนามัยโลก สำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัยนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Berhan Y, Berhan A. Antenatal care as a means of increasing birth in the health facility and reducing maternal mortality: a systematic review. *Ethiop J Health Sci* 2014;24:93-104.
2. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2559.
3. World Health Organization. WHO Antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model. Geneva: World Health Organization; 2002.

4. ณรงค์ วินยกุล. การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://203.157.71.148/data/kpw/news/เนื้อหาผลงานปี2550/การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก>
5. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016.
6. Vogel JP, Habib NA, Souza JP, Gülmezoglu AM, Dowswell T, Carroli G, et al. Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO Antenatal Care Trial. *Reprod Health* 2013;10(1):19.
7. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cited 2022 Jul 27];2015(7):CD000934. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26184394/>
8. กองบริหารสาธารณสุข. อัตราเกิดไร้ชีพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 19 ก.พ. 2565]. แหล่งข้อมูล: [https://cmi.moph.go.th/isp/sp\\_obs/index?menu\\_id=3](https://cmi.moph.go.th/isp/sp_obs/index?menu_id=3)
9. The Global Health Observatory. Stillbirth rate (per 1000 total births) [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 19]. Available from: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/stillbirth-rate-\(per-1000-total-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/stillbirth-rate-(per-1000-total-births))
10. สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย. อัตราส่วนการตายมารดา [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 19 ก.พ. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortality-ratio>
11. World Health Organization. Maternal mortality [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

12. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 27]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595>
13. Ekholuenetale M. Prevalence of eight or more antenatal care contacts: findings from multi-country nationally representative data [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 27]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2333794X.211045822>
14. Gammeltoft T, Nguyen HTT. The Commodification of obstetric ultrasound scanning in Hanoi, Viet Nam. *Reprod Health Matters* 2007;15(29):163–71.
15. Beauclair R, Petro G, Myer L. The association between timing of initiation of antenatal care and stillbirths: a retrospective cohort study of pregnant women in Cape Town, South Africa. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jul 27];14(1):1–10. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-204>
16. Demilie T, Beyene G, Melaku S, Tsegaye W. Diagnostic accuracy of rapid urine dipstick test to predict urinary tract infection among pregnant women in Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, North West Ethiopia. *BMC Res Notes* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jul 27];7(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25073620/>
17. Lumbiganon P, Chongsomchai C, Chumworathayee B, Thinkhamrop J. Reagent strip testing is not sensitive for the screening of asymptomatic bacteriuria in pregnant women. *J Med Assoc Thai* 2002;85(8):922–7.
18. Kovavisarach E, Vichaipruck M, Kanjanahareutai S. Reagent strip testing for antenatal screening and first meaningful of asymptomatic bacteriuria in pregnant women. *J Med Assoc Thai* 2008;91(12):1786–90.
19. Chongsomchai C, Piansriwatchara E, Lumbiganon P, Pianthaweechai K. Screening for asymptomatic bacteriuria in pregnant women: urinalysis versus urine culture. *J Med Assoc Thai* 1999;82(4):369–73.
20. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Thinkhamrop J. Screening and treating asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2010;22(2):95–9.
21. Tran TK, Nguyen CTK, Nguyen HD, Eriksson B, Bondjers G, Gottvall K, et al. Urban – rural disparities in antenatal care utilization: a study of two cohorts of pregnant women in Vietnam. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2011 [cited 2022 Jul 27];11(1):1–9. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-120>
22. Huang K, Tao F, Raven J, Liu L, Wu X, Tang S. Utilization of antenatal ultrasound scan and implications for caesarean section: a cross-sectional study in rural Eastern China. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2012 [cited 2022 Jul 27];12(1):1–10. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-93>
23. Ker CR, Kuo YL, Chan TF. A survey of current use, dilemma and outlook of antenatal ultrasonography in Taiwan. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2019;58(6):820–6.
24. World Health Organization. WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience: maternal and fetal assessment update: imaging ultrasound before 24 weeks of pregnancy [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 27]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046009>



**Abstract: Situation Analysis of Antenatal Care Services in Thailand**

**Pimolphan Tangwiwat, M.D.; Titiporn Tuangratananon, M.D.; Julawan Khamtong, M.Sc. (Public Health)**

*Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(5):809-25.*

Antenatal care (ANC) is an initial step of comprehensive maternal and child service to promote quality of life. Thailand has announced 5 quality ANC service since 2016. However, no policy analysis study has been conducted. This study aimed to evaluate existing ANC situation in Thailand, including maternal and child health outcomes. Mixed method study was utilized, including quantitative data collection in post-partum women about the ANC services that were given during their pregnancy stages. Descriptive and inferential statistics were analyzed following the completeness of data. Qualitative analysis by thematic analysis was performed following the in-depth and focus group interviews of ANC clinic and Labor room staff from 24 hospitals in 12 health regions. The results revealed improving trend of maternal and child health outcomes. The 5 quality ANC service policy was implemented in all 12 health regions. It was notably that low risk pregnant women received average 10 ANC visits through out the pregnancy period. Nevertheless, around 25.7 percent was late in their first ANC visit. Respiratory and cardiovascular physical examination, breast examination, oral check up, mental health screening, influenza vaccination, and parental school education were the less delivered activities. It was obvious that 8 ANC visits were practical according to the current situation. In addition, completeness of activities in each gestational age should be intensified within the policy. Thorough evaluation of workload, budget, ANC capacity building should be conducted along with the public announcement of the free ANC policy.

**Keywords:antenatal care; quality antenatal care policy; antenatal care visit; maternal and child health outcomes**