

แบบรายการประกอบคำขอประเมินผลงาน ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การประเมินผลโครงการ “การจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม แบบมีออซิป

ของ

ชื่อ นางสาวสุนทรีย์ พันธุ์คำ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(เดิมตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6ว.)

ตำแหน่งเลขที่ 2202

กลุ่มงาน/ฝ่าย การพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

สำนึก / กอง / ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

กรมอนามัย

เพื่อให้ได้รับเงินประจำตำแหน่ง

สำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

สารบัญ

	หน้า
(ก) ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา	
บทคัดย่อ.....	3
บทนำ.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
วิธีการดำเนินงาน/วิธีการ/ขอบเขตงาน.....	5
ผลการดำเนินงาน/ผลการวิจัย.....	5
อภิปรายผลการวิจัย.....	10
การนำไปใช้ประโยชน์.....	15
ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค.....	15
ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์.....	15
กิตติกรรมประกาศ.....	15
เอกสารอ้างอิง.....	15
(ข) ข้อเสนอแนะแนวคิด / วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	
หลักการและเหตุผล.....	18
บทวิเคราะห์/แนวความคิดหรือแนวทางดำเนิน/ข้อเสนอ.....	18
ผลที่คาดว่าจะได้รับ.....	19
ตัวชี้วัดความสำเร็จ.....	19
แนวคิดการพัฒนางานในอนาคต.....	19

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงานเรื่อง การประเมินผลโครงการ “การจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม แบบมืออาชีพ”

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เมษายน – มิถุนายน 2557

3. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ 80 %

4. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน (ถ้ามี)

1.นางมลลิส แสนใจ	สัดส่วนของผลงาน	10	%
2.นางเกษแก้ว เกตุพันธ์	สัดส่วนของผลงาน	10	%

5. บทคัดย่อ การวิจัยนี้เป็นวิจัยประเมินผล โดยใช้รูปแบบการประเมินผลแบบ CIPP Model มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม แบบมืออาชีพ ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบประเมินความรู้ของบุคลากรผู้ให้บริการและแบบประเมินการรับรู้ของผู้รับบริการคือหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไปดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน 2557

ผลการศึกษาด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ นโยบายผู้บริหารและการจัดทำแผนงาน บุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน งบประมาณและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนส่งผลให้มีการสนับสนุนเวชภัณฑ์และงบประมาณที่เพียงพอเพื่อการจัดซื้อนม/ไข ให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในส่วนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานพบว่าส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่และมีอายุงานค่อนข้างยาวนานมากกว่า 10 ปี ปัจจัยด้านกระบวนการ ผลการศึกษา ในประเด็นการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยงรายบุคคล พบว่ามีการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ตามมาตรฐาน ทั้งการซักประวัติและการเจาะเลือดที่กำหนดขึ้นตอนการปฏิบัติงานไว้อย่างชัดเจน ประเด็นการสร้างทีมงาน มีการแต่งตั้งกรรมการ/คณะทำงานระดับอำเภอและการสร้างทีมงานในระดับปฏิบัติ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน ทำงานเชื่อมโยงถึงระดับชุมชน มีการใช้โทรศัพท์ในการติดตามหญิงตั้งครรภ์และลงเยี่ยมติดตามที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีการจัดระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและการส่งต่อ โดยมีแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลชุมชนเป็นหลัก ในการวางแผนจัดระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในภาพรวมของอำเภอ

ด้านผลผลิต ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครั้งแรกที่ รพ.สต.และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง หญิงตั้งครรภ์ทราบข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้วิธีการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จากการบอกและให้คำแนะนำจากบุคลากรผู้ให้บริการ ส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้พบอัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมในพื้นที่ตัวอย่างเพียงร้อยละ 3.2

การแก้ไขปัญหทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ตามรูปแบบการบริหารจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแบบมืออาชีพของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ซึ่งการดำเนินงานประกอบด้วย 5 ขั้นตอนที่สำคัญ สามารถนำไปเป็นรูปแบบในการแก้ไขปัญหทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้ทั้งในโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์หรือแพทย์ทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากเป็นการดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานที่ทุกหน่วยบริการต้องปฏิบัติอยู่แล้ว เพียงแต่กิจกรรมที่ปฏิบัติจะต้องเน้นการทำอย่างจริงจังครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ

6. บทนำ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาคน สู้สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน มุ่งเตรียมคนให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพคนไทยทุกช่วงวัย ให้มีภูมิคุ้มกันเพื่อเข้าสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน⁽¹⁾ การพัฒนา “คน” อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เด็กปฐมวัยและต่อเนื่องตลอดชีวิต ปัจจัยแวดล้อมและการเลี้ยงดูที่เหมาะสม สามารถเปลี่ยนโครงสร้างและประสิทธิภาพ การทำงานของสมองมนุษย์ได้ การเลี้ยงดูเด็กอย่างถูกต้องและตอบสนองความต้องการอย่างสมดุล เป็นการวางรากฐานสำหรับเด็กในการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก จึงถือเป็นงานที่มีความสำคัญที่จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพของคน เพราะ เด็กเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศในอนาคต ซึ่งอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในงานอนามัยแม่และเด็ก ตั้งแต่แผนฯ 7 จนถึงแผนฯ 10 (2535-2554)^(2,3,4,5) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายเพื่อลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่ให้เกินร้อยละ 7 จากการติดตามพบว่าอัตราร้อยละเฉลี่ยของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 – 2552 เป็นร้อยละ 8.8, 8.9, 8.8, 8.9, 8.5, 8.7, 8.7, 8.6, 8.6 และ 8.3 ตามลำดับ ซึ่งยังคงสูงกว่าเป้าหมาย⁽⁶⁾

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กมีนโยบายสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพที่มีมาตรฐาน เพื่อให้ทารกเกิดมามีน้ำหนักดี ลดการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด เพื่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งมารดาและทารก โดยกำหนดเป้าหมายหลักในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก คือ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย เด็กเจริญเติบโตและมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี เป็นศูนย์วิชาการที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ดำเนินการในบทบาทเชื่อมต่อกับกรมอนามัย ในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 7 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร มุกดาหาร นครพนม และสกลนคร พบปัญหาอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยภาพรวมทั้งเขต 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553-2555 พบว่า ข้อมูลสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายอยู่ในช่วงร้อยละ 8.0-9.0⁽⁷⁾ ดังนั้นการจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low Birth Weight) แบบมีอาสาชีพ ไม่ใช่เรื่องใหม่แต่เป็นเรื่องอนามัยแม่และเด็กเดิมที่นำเรื่อง Case empowerment มาเป็นเครื่องมือในการจัดการปัญหาเป็นรายบุคคล มีการบริหารจัดการที่ดี โดยมีบุคลากรสาธารณสุขที่เป็น Key person ประสานและสร้างทีมงานในพื้นที่ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและที่สำคัญต้องใส่ใจในการทำงานปฏิบัติต่อผู้รับบริการเสมือนญาติโดยมุ่งหวังให้ผู้รับบริการครบถ้วนตามมาตรฐาน

ปีงบประมาณ 2555 กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ได้ดำเนินการถอดบทเรียนการแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในพื้นที่ที่สามารถดำเนินงานได้ประสบผลสำเร็จ โดยมุ่งหวังเพื่อให้ได้รูปแบบการแก้ไขปัญหาที่เป็นรูปธรรมและสามารถนำไป ขยายผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลจากการถอดบทเรียนดังกล่าวฯ ได้นำมาเรียบเรียงและจัดทำคู่มือ “การจัดการปัญหา Low Birth Weight แบบมีอาสาชีพ”⁽⁸⁾ และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “การจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) แบบมีอาสาชีพ” ขึ้น โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และบุคลากรในอำเภอเป้าหมายที่มีปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูง ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลผู้รับผิดชอบหลักในคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2 แห่ง เพื่อให้บุคลากรดังกล่าวได้เข้าใจแนวทางสามารถดำเนินงานตามคู่มือเพื่อการจัดการแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้

จากความเป็นมาและความสำคัญข้างต้น กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก จึงสนใจประเมินผลการดำเนินงาน “การจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low Birth Weight : LBW) แบบมีอาสาชีพ” โดย

ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชน ตามรูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model ของ Stufflebeam, 1983⁽⁹⁾ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเพิ่มประสิทธิผล การดำเนินงานการจัดการปัญหาทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low Birth Weight : LBW) และพิจารณาขยายผลการดำเนินงานสู่พื้นที่อื่นๆ ต่อไป

7. วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลดำเนินงานการจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) แบบมืออาชีพ ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ นโยบายผู้บริหารและแผนงาน บุคลากร/การพัฒนาบุคลากร ความรู้ของผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก วัสดุ/ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์
2. เพื่อประเมินผลดำเนินงานการจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) แบบมืออาชีพ ด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่ กระบวนการให้บริการ การส่งต่อ การติดตามและประเมินผล
3. เพื่อประเมินผลดำเนินงานการจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) แบบมืออาชีพ ด้านผลผลิต (Product) ได้แก่ การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการจัดการแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อย และ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เป็นการคัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ในจังหวัดของเขตบริการสุขภาพที่ 10 จังหวัดละ 1 อำเภอโดยต้องเป็นอำเภอที่มีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่าเกณฑ์ในปีงบประมาณ 2555 และได้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ “การจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) แบบมืออาชีพ” ปีงบประมาณ 2556 จัดขึ้นโดยศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้บริหาร แบบประเมินความรู้ของบุคลากร และแบบประเมินการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการแก้ไขปัญหทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2557

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และอ้างอิงกรอบแนวคิด รวมไปถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาเรียบเรียงให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย

9. ผลการดำเนิน/ ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลอำเภอที่ศึกษา พบว่า เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง 3 แห่ง ที่เหลืออีก 2 แห่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง และ 250 เตียง และทั้ง 2 แห่ง พบว่ามีสูตินรีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ นอกจากนี้ยังพบอำเภอที่ศึกษา มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตรับผิดชอบอำเภอละ 5-28 แห่ง สำหรับสถานการณ์ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในอำเภอที่เป็นพื้นที่ศึกษาก่อนดำเนินงานโครงการฯในปี 2556 พบว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 8.8 – 11.1 และส่วนใหญ่มีระดับปัญหาสูงกว่าภาพรวมของจังหวัด มีเพียงอำเภอในพื้นที่ศึกษาของจังหวัดศรีสะเกษเท่านั้นที่มีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเท่ากับภาพรวมของจังหวัด

ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ นโยบายผู้บริหารและการจัดทำแผนงาน/โครงการ บุคลากรงบประมาณและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่านโยบายผู้บริหารและการจัดทำแผนงาน/โครงการ 5 ท่าน พบว่า

ส่วนใหญ่มีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กภายใต้โครงการหลัก คือ “โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว” โดยมีเป้าหมายด้านผลลัพธ์ 1 ข้อที่สำคัญ คือการลดอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และโครงการย่อยเพื่อการแก้ปัญหาและพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ โครงการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ปัญหาฝากครรภ์ช้า การฝากครรภ์ไม่ครบและผลการศึกษายังพบว่า มี 1 ใน 5 อำเภอ ที่เลือกงานอนามัยแม่และเด็กเป็นประเด็นหลักในการแก้ไขปัญหาตามนโยบายการพัฒนางานอำเภอสุขภาพสุขภาพดี (District Health System : DHS)

กลุ่มตัวอย่างด้านบุคลากร ซึ่งกำหนดให้เป็นประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ (MCH Board ระดับอำเภอ) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย จำนวน 5 คน ส่วนใหญ่เป็นสาธารณสุขอำเภอ 3 คน อีก 2 คนเป็นนายแพทย์ 2 คน อายุเฉลี่ย 45 ปี มีอายุงานมากกว่า 20 ปี ส่วนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานหลักในคลินิกฝากครรภ์รวมทั้งหมด 15 คน จากคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล 5 คน จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 5 คน และจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่งๆละ 1 คน โดยพบว่าเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกคนเป็นพยาบาลวิชาชีพ ยกเว้นในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเท่านั้นที่พบว่าใน 3 อำเภอเป็นพยาบาลวิชาชีพ ส่วนอีก 2 อำเภอเป็นนักวิชาการสาธารณสุข เป็นที่น่าสังเกตว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานหลักที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีอายุเฉลี่ยมากที่สุดคือ 46 ปี รองลงมาคือ ผู้ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มีอายุเฉลี่ย 40 ปี ส่วนผู้ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีอายุเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 37 ปี สอดคล้องกับระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ที่พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลมีระยะเวลาการปฏิบัติงานนานที่สุด รองลงมาคือ ใน รพ.สต. และในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (21 ปี 12 ปี และ 5 ปี ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็ก พบว่า เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็ก เฉลี่ยนานที่สุด 10 ปี รองลงมาคือ โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 7 ปี เท่ากัน

ด้านงบประมาณและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้าน เวชภัณฑ์ อย่างเพียงพอ โดยโรงพยาบาลเป็นผู้จัดซื้อยาบำรุงและกระจายให้กับ รพ.สต.ทุกแห่งภายในอำเภอ ส่วนงบประมาณที่ดำเนินการเพื่อใช้ในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก เช่น โครงการประชุม/อบรมต่าง ๆ พบว่ามีแหล่งงบประมาณที่แตกต่างกัน เช่น จาก คปสอ. กองทุนสุขภาพตำบล เงินกองทุนสะสมของชาวบ้านหรือเรียกกันว่ากองทุน 2 บาท มีการใช้งบประมาณเพื่อการจัดซื้อ นม/ไข่ แจกให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ศึกษา ส่วนใหญ่ขาดแคลนสื่อการสอน ตลอดจนเอกสารสำหรับให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์

ด้านกระบวนการ

1.การรวบรวม/วิเคราะห์ปัญหากลุ่มเสี่ยงรายบุคคลเพื่อลดปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ผลการศึกษาพบว่า ทุกอำเภอในพื้นที่เป้าหมายเห็นความสำคัญของปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีการดำเนินงานคัดกรองหญิงตั้งครรภ์รายใหม่เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยทุกแห่งกำหนดให้มีการคัดกรองที่ รพ.สต. และให้บริการตามมาตรฐานการฝากครรภ์ 5 ครั้งของกระทรวงสาธารณสุข โดยเจาะเลือดครั้งที่ 1 ที่ รพ.สต.แล้วนำส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล หลังจากนั้นนัดฟังผลเลือดประมาณ 1 เดือน ทั้งนี้หากมีอาการผิดปกติหรือพบความเสี่ยง จะส่งพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หากแพทย์พิจารณาว่าเป็นความเสี่ยงที่จำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิดตามข้อกำหนดแนวทางการ

ดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก (CPG) ของคปสอ.นั้นๆ หญิงตั้งครรภ์รายนั้น จะต้องฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาล และหากไม่มีความเสี่ยง หรือเป็นความเสี่ยงเล็กน้อยตามที่กำหนดไว้ใน CPG แพทย์จะส่งตัวกลับไปฝากครรภ์ต่อที่ รพ.สต. นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า 3 ใน 5 อำเภอ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยและสาเหตุของปัญหา ซึ่งในจำนวนนี้ 2 ใน 3 อำเภอ เป็นอำเภอที่มีสูติแพทย์เป็นประธาน คปสอ.

2. ขั้นตอนการกำหนดและสร้างทีมงาน

การสร้างทีมงานในเชิงการบริหารงานระดับอำเภอ พบว่าส่วนใหญ่มีการดำเนินงานในรูปแบบ คณะกรรมการระดับอำเภอ และมีคณะกรรมการย่อยในแต่ละประเด็นปัญหา เช่น คณะกรรมการ NCD คณะกรรมการแม่และเด็ก คณะกรรมการวิชาการ ส่วนการสร้างทีมงานในส่วนของผู้ปฏิบัติงาน พบว่าทุกอำเภอ มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กอย่างชัดเจนทั้งในระดับโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างไรก็ตามในส่วนของอัตรากำลัง พบว่า มี 2 ใน 5 อำเภอที่บอกว่า ภาระงานมาก ทำให้การทำงานเชิงคุณภาพไม่สามารถดำเนินการได้ อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า ในอำเภอเป้าหมายทั้ง 4 ใน 5 อำเภอ บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.และ รพ.สต. ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ และ 1 ใน 5 อำเภอ มีจุดเด่นในประเด็นโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับ รพ.สต.ค่อนข้างชัดเจน และบริหารจัดการในรูปแบบของชมรมตามสายวิชาชีพ

การประเมินความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานหลักเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อไม่ให้เกิดทารกในครรภ์น้ำหนักน้อย ในจำนวน 15 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ถึง ดีมาก (ร้อยละ 53.2) มีเจ้าหน้าที่เพียง 1 คน (ร้อยละ 6.7) ที่มีความรู้ในระดับพอใช้และควรปรับปรุง

3. จัดระบบเชิงรุกเพื่อการเข้าถึงบริการ

การจัดระบบเชิงรุก เป็นการจัดทำแผนบริการเชิงรุกในการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยง ให้ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ คือ รพ.สต.จะต้องมีการประสาน อสม. ในการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ สนับสนุนตลอดจนแนะนำให้ครอบครัวเข้าใจและช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงและมีการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม และติดตามกลุ่มเสี่ยงเมื่อมีการขาดนัด ซึ่งผลจากการศึกษาในประเด็นดังกล่าวพบว่า ทุกอำเภอมีการดำเนินงานเชื่อมโยงในชุมชนโดยอสม.มีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจากการให้ข้อมูลของผู้รับผิดชอบงาน พบว่าการติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ มีทั้งการโทรศัพท์ติดตามหากหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงไม่มาตามนัด การให้ อสม.ลงเยี่ยมติดตาม อย่างไรก็ตามพบว่า มี 2 ใน 5 อำเภอเท่านั้นที่มีดำเนินงานเชิงรุกแบบเข้มข้นตามแนวทางที่ได้กำหนดของศูนย์อนามัยที่ 7 คือการให้ อสม.คัดกรองและค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการมีลูกเกิดมาน้ำหนักน้อยตามแบบคัดกรอง แล้วส่งมาคัดกรองต่อที่ รพ.สต.เพื่อให้การดูแลและจัดการต่อตามระบบ

4. จัดระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการและการส่งต่อ

ขั้นตอนนี้เป็นการจัดระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงเพื่อจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งมีแผนผังการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยบริการหลักที่รับผิดชอบ โดยมีผู้จัดการ (manager) และทีมจัดการ (Team manager) ในการร่วมวางแผนจัดระบบดูแลกลุ่มเสี่ยง การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ให้ได้เข้าถึงบริการที่เป็นประโยชน์และมีความสำคัญในการที่จะช่วยลดปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนครอบคลุมทุกกิจกรรมได้รับการส่งต่ออย่างเป็นระบบ โดยผ่านการประสานงานล่วงหน้ามาแล้ว การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและครบถ้วนเกี่ยวกับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย สาเหตุ

การเกิดความสำคัญ และความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลติดตามเป็นพิเศษ แนวทางการดูแลตลอดจนการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อช่วยลดปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การให้การปรึกษาตามสถานการณ์เพื่อช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ การต่อรองบริการที่จำเป็นทั้งใน/นอกเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน

ผลการประเมินการดำเนินงานในอำเภอเป้าหมาย พบว่าการจัดระบบบริการฝากครรภ์ของคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะให้บริการฝากครรภ์ 1-2 วัน/สัปดาห์ เฉลี่ยผู้มารับบริการ 25 คน/วัน เป็นรายใหม่เฉลี่ย 2-5 ราย/วัน ระดับรพ.สต. จะให้บริการฝากครรภ์สัปดาห์ 1 ครั้ง รายเก่าเฉลี่ย 3-4 คน/วัน รายใหม่เฉลี่ยเดือนละ 3 คน ขั้นตอนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในส่วน of โรงพยาบาลและรพ.สต.พบว่ามีกำหนดบทบาทและเชื่อมต่องานกันค่อนข้างชัดเจน โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้ รพ.สต.คัดกรองหญิงตั้งครรภ์รายใหม่เจาะเลือด ส่งเลือดตรวจที่โรงพยาบาล นัดมาฟังผลเลือดที่ รพ.สต.ประมาณ 1 เดือน ถ้าตรวจเลือดหรือซักประวัติแล้วพบว่าเสี่ยง เช่น มีภาวะซีด (ความเข้มข้นเลือดน้อยกว่า 35 % ผลเอชไอวีเป็นบวก (HIV positive) มีโรคทางอายุรกรรม หรือแม่อายุมากกว่า 35 ปี หรือภาวะเสี่ยงอื่นที่กำหนดไว้ใน CPG จะนัดเข้าคลินิกหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High risk clinic) ของโรงพยาบาล กรณี อายุมากกว่า 35 ปี จะให้การปรึกษาและส่งเจาะน้ำคร่ำที่ โรงพยาบาลทั่วไป และนัดดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งคลอด หากไม่มีภาวะเสี่ยงจะส่งกลับไปฝากครรภ์ต่อที่ รพ.สต.

สำหรับการพบแพทย์หรือสูตินรีแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ทุกอำเภอมีการกำหนดให้ รพ.สต. ส่งหญิงตั้งครรภ์มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล 2 กรณี คือ

กรณีที่ 1: ส่งมาพบแพทย์ทันทีเมื่อพบความเสี่ยง

กรณีที่ 2: ส่งมาพบแพทย์ตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ

เมื่อหญิงตั้งครรภ์ ทั้ง 2 กรณี ได้พบแพทย์แล้ว หญิงตั้งครรภ์รายนั้นไม่มีความเสี่ยงหรืออาการผิดปกติใดๆ โรงพยาบาลจะส่งกลับไปรับบริการต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดดังกล่าวข้างต้น พบว่า ส่วนใหญ่ (4 ใน 5 อำเภอ) สามารถดำเนินการได้ตามแนวทางที่กำหนด มีเพียง 1 อำเภอที่ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากระยะทางจาก รพ.สต. ถึงโรงพยาบาลค่อนข้างไกล การเดินทางไม่สะดวก

ส่วนจำนวนครั้งของการพบแพทย์หรือสูตินรีแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่ามีตั้งแต่ 1-3 ครั้ง/ตลอดระยะของการตั้งครรภ์ โดยโรงพยาบาลที่ส่งพบแพทย์ 1 ครั้ง จะกำหนดให้พบแพทย์ที่อายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์ ส่วนโรงพยาบาลที่ส่งพบแพทย์ 2 ครั้ง กำหนดให้ครั้งที่ 1 พบแพทย์เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์

ส่วนโรงพยาบาลที่กำหนดให้พบแพทย์ 3 ครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์ จะกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพบแพทย์ไว้ดังนี้

ครั้งที่ 1 นัดตรวจคลื่นความถี่สูง (Ultrasound) เพื่อดูอายุครรภ์

ครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 24-28 wks) เพื่อดูความผิดปกติต่าง ๆ ของทารก

ครั้งที่ 3 (อายุครรภ์ 36 wks) เพื่อดูท่าเด็ก

นอกจากนี้ โรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 3 (อายุครรภ์ 28 wks) ต้องได้รับการประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ด้วยเครื่อง Non stress test (NST) เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ที่ห้องคลอด โดยแพทย์จะเขียนใบสั่งแบบต่อเนื่อง หรือ stand

by order ไว้ เมื่อแปลผลผิดปกติ จะต้องตรวจคลื่นความถี่สูง (Ultrasound) ประกอบด้วยทุกราย ถ้าพบว่ามีปัญหาเด็กอาจตัวเล็ก จะนัดให้สูดศึกษารายบุคคลเน้นในเรื่องอาหารและโภชนาการร่วมกันทั้งแพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการโดยใช้กราฟเส้นระวางโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ (Vallop curve) และแบบบันทึกพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเป็นเครื่องมือ

สำหรับการจ่ายยาวิตามินเสริมให้กับหญิงตั้งครรภ์ พบว่ามีบางอำเภอที่มีปัญหาในเรื่องการสนับสนุนยาเสริมวิตามินในช่วงแรกของนโยบาย แต่ภายหลังได้มีการประชุมร่วมกันจนสามารถยุติปัญหาดังกล่าวแล้ว ทำให้มีการจ่ายวิตามินเสริมให้กับหญิงตั้งครรภ์ในทุกอำเภอ อย่างไรก็ตามพบว่าค่อนข้างมีความแตกต่างกันไปในชนิดและขนาดของยาวิตามินเสริมที่แต่ละอำเภอจ่ายให้กับหญิงตั้งครรภ์

5. การสร้างระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง

ส่วนใหญ่ (4 ใน 5 อำเภอ) มีการติดตามและประเมินผลจากระบบรายงาน การประชุม คปสอ. การนิเทศงาน และสรุปผลการดำเนินงานประจำปี บางอำเภอมีการประชุมเจ้าหน้าที่ทุกเดือน มีระบบรายงานที่สามารถดูข้อมูลเป็นแบบเป็นปัจจุบัน หรือ Real Time ทำให้ติดตามงานได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ มี 1 อำเภอที่ไม่มีกรณีนิเทศติดตามงานในระดับ รพ.สต. เลย โดยให้เหตุผลว่ามีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถนิเทศงานได้ตามที่วางแผนไว้

ด้านผลผลิต

การรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้วิธีการลดความเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกในครรภ์น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่าส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 ทราบว่าตนเองมีหรือไม่มีความเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จากการบอกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อสอบถามความเข้าใจเรื่องความเสี่ยงที่มีผลต่อแม่ ถ้าแม่มีน้ำหนักตัวน้อย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าจะมีผลอะไรกับแม่ โดยบอกว่าเจ้าหน้าที่ไม่ได้บอก ไม่มีใครแนะนำ สำหรับความเสี่ยงที่มีผลต่อลูก ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจถูกต้อง ว่าจะทำให้ลูกตัวเล็ก น้ำหนักแรกเกิดไม่ถึงเกณฑ์ คลอดก่อนกำหนด ซีด ไม่แข็งแรง สมอเล็ก พัฒนาการล่าช้า จากการบอกของเจ้าหน้าที่ และจากประสบการณ์การตั้งครรภ์ของตนเอง และมี 2 ราย (ร้อยละ 6.4) ที่บอกว่าถ้าบอกว่า มีผลทำให้ลูกตัวเหลือง หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ มากกว่า ร้อยละ 80 มีความรู้ว่าการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การกินยาบำรุง การดื่มนมวันละ 3 ถ้วย การกินไข่เป็นประจำ การทำจิตใจให้สบาย พักผ่อนให้เพียงพอ เป็นวิธีการเพิ่มน้ำหนักเพื่อลดความเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อาหารที่ไม่ควรรับประทาน ได้แก่ อาหารดิบ อาหารรสเผ็ด รสเค็มจัด หวานจัด ชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สารเสพติด และอาหารหมักดอง ส่วนใหญ่มีความรู้จากการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่เมื่อมารับบริการฝากครรภ์ บางรายทราบจากการอ่านสมุดสีชมพู(สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก) วารสาร นิติสาร มี 6 ราย (ร้อยละ 19.3) ที่ทราบจากการบอกเล่าของญาติและเพื่อนที่เคยตั้งครรภ์ มี 2 ราย (ร้อยละ 6.4) ที่ได้รับความรู้จากการศึกษาจากอินเทอร์เน็ต และมี 3 ราย (ร้อยละ 9.7) ที่ได้รับความรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มโรงเรียนพ่อแม่ รายที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มโรงเรียนพ่อแม่ บอกว่าเจ้าหน้าที่ไม่ได้แจ้ง และคิดว่าไม่น่าจะเกี่ยวข้องกันกับการทำให้ลูกน้ำหนักตัวน้อย ด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อลดความเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยหญิงตั้งครรภ์ทุกคน มาฝากครรภ์ทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และส่วนใหญ่จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกที่ รพ.สต.และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง การปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานอาหาร ในภาพรวมรับประทานทุ้มื้อ ครบ 5 หมู่ กินไข่วันละ 1-2 ฟอง ดื่มนมวันละ 2-3 แก้ว/ถ้วย ส่วนใหญ่

ซื้อวัตถุดิบหรืออาหารสดจากตลาดแล้วปรุงประกอบเอง บางรายมีญาตินำอาหารหรือคอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์ ไม่มีอาหารคsla/อาหารแสดง การกินยาบำรุง ส่วนใหญ่พบว่าหญิงตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 80 กินยาบำรุงไม่สม่ำเสมอและไม่ถูกวิธี คือ กินยาบำรุงห่างจากนมหรือแคลเซียมไม่ถึง 30 นาที บางรายกินพร้อมกันทันทีหลังอาหารเข้า บางรายบอกว่าต้องกินยาบำรุงให้ตรงวันและเวลา คลาดเคลื่อนไม่ได้เลย และถ้าหากลืมกินยาบำรุงจริงก็จะรีบกินทันทีในวันถัดไป ส่วนสาเหตุที่หญิงตั้งครรภ์กินยาบำรุงไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่เนื่อง ลืม เพราะยาไม่ได้เอามาด้วยในขณะที่ไปทำธุระหรือทำภารกิจนอกบ้าน และต้องทำงานแบบเป็นกะ อย่างไรก็ตามมีหญิงตั้งครรภ์ 4 ราย (ร้อยละ 12.9) ที่กินยาบำรุงถูกวิธี หญิงตั้งครรภ์บอกว่ากินยาบำรุงหลังอาหารเข้า กินแคลเซียมก่อนนอน หรือกินห่างจากนม/แคลเซียม 30 นาทีขึ้นไป

อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จากการติดตามน้ำหนักแรกเกิดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 31 คน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ 1 คน (ร้อยละ 3.2) ที่ให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามแบบจำลองซิป ได้ดังนี้ ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่าผู้บริหารในอำเภอที่ผ่านการอบรมตามโครงการจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) แบบมีมืออาชีพ มีการกำหนดทั้งในส่วนของนโยบายหลักคือ “โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว” โดยมีเป้าหมายผลลัพธ์ที่สำคัญ 1 ข้อคือการลดอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และมีโครงการย่อยเพื่อการแก้ปัญหาและพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ โครงการแก้ไขปัญหามดตั้งครรภ์ไม่พร้อม ปัญหาฝากครรภ์ช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ นอกจากนี้ยังมีอีก 1 อำเภอ ที่ได้เลื่องงานอนามัยแม่และเด็กเป็นประเด็นหลักในการแก้ไขปัญหตามนโยบายการพัฒนาอำเภอสุขภาพสุขภาพดี (District Health System) ด้วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารซึ่งเป็นประธาน MCH board บางส่วนเป็นสูตินรีแพทย์ ย่อมมีความเข้าใจและตระหนักการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ส่งผลให้มีการนำข้อมูล สาเหตุ และปัจจัยต่าง ๆ เกิดการผลักดันปัญหอนามัยแม่และเด็กเข้าสู่การแก้ไขปัญหาในภาพรวมของอำเภอได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam ที่ได้นำเสนอประเภทของการตัดสินใจเพื่อนำสู่การจัดการเพื่อแก้ไขปัญหทั้งในส่วนของ การตัดสินใจเพื่อการวางแผน (Planning Decisions) ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากการประเมินสภาพแวดล้อมที่ได้นำไปใช้ในการกำหนดจุดประสงค์ของโครงการ ให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินงาน การตัดสินใจเพื่อกำหนดโครงสร้างของโครงการ (Structuring Decisions) ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากปัจจัยนำเข้าที่ได้นำไปใช้ในการกำหนดโครงสร้างของแผนงาน และขั้นตอนของการดำเนินการของโครงการ การตัดสินใจเพื่อนำโครงการไปปฏิบัติ (Implementation Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากการประเมินกระบวนการ เพื่อพิจารณาควบคุมการดำเนินการให้เป็นไปตามแผน และปรับปรุงแก้ไขการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด และการตัดสินใจเพื่อทบทวนโครงการ (Recycling Decisions) เช่น การตัดสินใจเพื่อใช้ข้อมูลจากการประเมินผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้น เพื่อพิจารณาการยุติ / ล้มเลิก หรือขยายโครงการที่จะนำไปใช้ในโอกาสต่อไป

- จากผลการศึกษาที่พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานหลักในโรงพยาบาลมีอายุตัวและอายุงานเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ รพ.สต.ส่วนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีอายุเฉลี่ยน้อยที่สุด ส่วนระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในด้านแม่และเด็กพบว่า เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. เฉลี่ยยาวนานที่สุด รองลงมาคือ โรงพยาบาล และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้บริหารซึ่งเป็นประธาน MCH board ในการศึกษาครั้งนี้ ที่บอก

ว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลและ รพ.สต.ส่วนใหญ่ เป็นคนในพื้นที่ ไม่ค่อยมีการโยกย้ายไปทำงานต่างพื้นที่ ส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีอายุมาก และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กยาวนานเช่นกัน

- จากผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานหลักเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อไม่ให้ทารกในครรภ์น้ำหนักน้อย ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ถึง ดีมาก ร้อยละ 53.2 มีเจ้าหน้าที่ร้อยละ 6.7 ที่มีความรู้ในระดับพอใช้และควรปรับปรุงซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. และข้อคำถามที่มีเจ้าหน้าที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงต่อ LBW และการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เมื่อพบความเสี่ยง เนื่องจากมีภาระงานมากทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.ไม่มีเวลาอ่านหนังสือ ตำรา หรือศึกษาค้นคว้าความรู้วิชาการใหม่ๆ ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ ที่ผู้บริหารและพยาบาลใน รพ.สต.ได้บอกว่า

“LBW เป็นปัญหาสำคัญของอำเภอ รพ.สต.คัดกรอง ไม่ครอบคลุมทำให้ไม่สามารถค้นหาหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงมาดูแลต่อได้ครบ หรือ Late ทำให้การดูแลไม่ได้ตามคุณภาพ”

“บุคลากรเราเพียงพอ เหลือแต่เราจะ Active กันยังไง บุคลากรบางส่วนของเรามองว่ายังขาดจิตสำนึก/จิตสาธารณะ/จิตบริการ มักจะทำงานแบบไปเรื่อยๆ ไม่กระตือรือร้น”

“บุคลากรมีจำกัด ในบาง รพ.สต.มีพยาบาล 1 คน รับผิดชอบ 15 หมู่บ้าน ทำงานไม่ทัน ได้เฉพาะด้านปริมาณแต่คุณภาพไม่ได้”

2.ด้านกระบวนการ พบว่าการสร้างทีมงานในเชิงการบริหารงานระดับอำเภอ พบว่าส่วนใหญ่มีการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการระดับอำเภอและมีคณะกรรมการย่อยอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก คณะกรรมการวิชาการ ส่วนการสร้างทีมงานในระดับผู้ปฏิบัติงาน พบว่าทุกอำเภอมีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กอย่างชัดเจนทั้งในระดับโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงให้กับ รพ.สต.อย่างชัดเจน และในบางอำเภอยังมีการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพในรูปแบบของการจัดตั้งชมรมตามสายวิชาชีพ นอกจากนี้บุคลากรซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทั้งใน โรงพยาบาล และ รพ.สต. ส่วนใหญ่ยังเป็นคนในพื้นที่ที่มีประสบการณ์ด้านงานอนามัยแม่และเด็กมาก่อนช้านาน ซึ่งถือเป็นจุดแข็งสำคัญของการทำงานที่มีโอกาสประสบผลสำเร็จสูง สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมของคปสอ.บ้านม่วง และคปสอ.โพนาแก้ว จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นตัวอย่างของดำเนินงานแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่ประสบผลสำเร็จในเขตบริการสุขภาพที่ 8 อุดรธานี ที่พบว่า คปสอ.ทั้ง 2 แห่ง มีจุดเด่นในด้านการจัดอัตรากำลังบุคลากรโดยให้มีพยาบาลปฏิบัติงานใน รพ.สต.ครอบคลุมทุกแห่ง การทำงานอนามัยแม่และเด็กของทั้ง 2 อำเภอ เป็นลักษณะแบบบูรณาการ มีทีมงานที่เป็นหนึ่งเดียว ระหว่าง โรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอ โดยมีโรงพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงด้านวิชาการ ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มองปัญหาเป็นภาพรวมอำเภอไม่แบ่งเขาแบ่งเรา ส่งผลให้การแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้ประสบผลสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ปราณี หมอกมีชัย, 2556)

- การศึกษาที่พบว่า 4 ใน 5 อำเภอในพื้นที่ศึกษาโดยเฉพาะ 2 อำเภอที่มีสูตินรีแพทย์อยู่ประจำค่อนข้างมีความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและมีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวๆ มีการดำเนินงานคัดกรองหญิงตั้งครรภ์รายใหม่เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารก

แรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยกำหนดให้มีการคัดกรองที่ รพ.สต. เพื่อค้นหาความเสี่ยง จัดการความเสี่ยงอย่างจริงจัง รวมไปถึงการให้บริการตามมาตรฐานการฝากครรภ์ 5 ครั้งของกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่ละเลย การคัดกรองเริ่มต้นด้วยการซักประวัติ เจาะเลือดที่ รพ.สต. แล้วนำส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล หลังจากนั้นนัดฟังผลเลือดประมาณ 1-4 สัปดาห์ หากมีอาการผิดปกติหรือพบความเสี่ยง จะส่งพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หากแพทย์พิจารณาว่าเป็นความเสี่ยงที่จำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิดตามข้อกำหนดแนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก (CPG) ของ คปสอ. นั้นๆ หญิงตั้งครรภ์รายนั้น จะต้องฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาล และหากไม่มีความเสี่ยง หรือเป็นความเสี่ยงเล็กน้อยตามที่กำหนดไว้ใน CPG แพทย์จะส่งตัวกลับไปฝากครรภ์ต่อที่ รพ.สต. นอกจากนี้ทุกอำเภอมีการกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์มาพบแพทย์อย่างเป็นระบบใน 2 กรณี คือ (กรณีที่ 1) ส่งมาพบแพทย์ทันทีเมื่อพบความเสี่ยง (กรณีที่ 2) ส่งมาพบแพทย์ตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ ส่วนจำนวนครั้งของการพบแพทย์หรือสูติแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่ามีตั้งแต่ 1-3 ครั้ง/ตลอดระยะของการตั้งครรภ์ โดยโรงพยาบาลที่ส่งพบแพทย์ 1 ครั้ง จะกำหนดให้พบแพทย์ที่อายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์ ส่วนโรงพยาบาลที่ส่งพบแพทย์ 2 ครั้ง กำหนดให้ครั้งที่ 1 พบแพทย์เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ส่วนโรงพยาบาลที่กำหนดให้พบแพทย์ 3 ครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ จะกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพบแพทย์ไว้ดังนี้

ครั้งที่ 1 นัดตรวจคลื่นความถี่สูง (Ultrasound) เพื่อดูอายุครรภ์

ครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 24-28 wks) เพื่อดูความผิดปกติต่าง ๆ ของทารก

ครั้งที่ 3 (อายุครรภ์ 36 wks) เพื่อดูท่าเด็ก

นอกจากนี้ โรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 3 (อายุครรภ์ 28 wks) ต้องได้รับการประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ด้วยเครื่อง Non stress test (NST) เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ที่ห้องคลอด โดยแพทย์จะเขียนใบสั่งแบบต่อเนื่อง หรือ stand by order ไว้ เมื่อแปลผลผิดปกติ จะต้องตรวจคลื่นความถี่สูง (Ultrasound) ประกอบด้วยทุกราย ถ้าพบว่ามีปัญหาเด็กอาจตัวเล็ก จะนัดให้สูติศึกษารายบุคคลเน้นในเรื่องอาหารและโภชนาการร่วมกันทั้งแพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการโดยใช้กราฟเฝ้าระวังโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ (Vallop curve) และแบบบันทึกพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเป็นเครื่องมือ

สำหรับการจ่ายยาวิตามินเสริมให้กับหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าทุกอำเภอ มีการจ่ายวิตามินเสริมให้กับหญิงตั้งครรภ์แต่มีความแตกต่างกันบ้างในชนิดและขนาดของยาวิตามินเสริม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์แต่ละท่านที่จะเป็นผู้สั่งจ่ายให้กับหญิงตั้งครรภ์ อำเภอส่วนใหญ่มีการติดตามและประเมินผลทั้งจากระบบรายงาน การประชุมประจำเดือนของ คปสอ. มีการนิเทศงาน รพ.สต. 1-2 ครั้ง/ปี และมีการจัดทำเอกสารสรุปผลการดำเนินงานประจำปี มีเพียง 1 อำเภอเท่านั้น ที่ไม่มีการนิเทศติดตามงานในระดับ รพ.สต. โดยให้เหตุผลว่ามีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถนิเทศงานได้ตามที่วางแผนไว้ได้ ซึ่งกระบวนการดำเนินงานเพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในสถานบริการทั้งหมดดังกล่าวข้างต้นของอำเภอในพื้นที่ศึกษา ถือได้ว่าเป็นการให้บริการฝากครรภ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ค่อนข้างครบถ้วนตามกรอบการบริหารจัดการเพื่อการลดปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแบบมีอาชีพที่ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี (ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี, 2556) ภายใต้แนวคิดของคำว่า “การฝากครรภ์ที่เพียงพอ” ซึ่งมีความหมายรวมถึง “ความครบถ้วนและคุณภาพบริการที่ให้สำหรับหญิงตั้งครรภ์” ถ้าหากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ที่ครบถ้วนและได้คุณภาพใน

ทุกกิจกรรมอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของแม่และทารกในครรภ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานโครงการเฝ้าระวังสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โดยให้มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ และมีแนวทางการดูแลขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย

- (1) ให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้ เรื่อง โภชนาการ การใช้กราฟโภชนาการหญิงมีครรภ์ (Vallop Curve) ภาพชุดอาหารทดแทน
- (2) ใช้ระบบเกณฑ์เสี่ยงอย่างต่อเนื่องตลอดระยะการตั้งครรภ์ เพื่อคัดกรองมารดาในการให้การดูแลที่เหมาะสม และถ้าพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน ควรรับไว้ในโรงพยาบาล (3) ให้วิตามินเสริมธาตุเหล็กแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคน
- (3) มีบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาทารกในครรภ์เมื่อเจ็บป่วย เช่น การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasound)
- (4) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เฝ้าระวังและดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง โดยการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- (5) ส่งเสริมการใช้เส้นทางลูกรัก ในการดูแลตนเองให้น้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์และเฝ้าระวังน้ำหนักทารกในครรภ์
- (6) พัฒนาระบบการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาที่พบว่า การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน พบว่า มี 2 ใน 5 อำเภอเท่านั้น ที่มีดำเนินงานเชิงรุกแบบเข้มข้นตามแนวทางที่ได้กำหนดของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี โดยการให้ อสม. คัดกรองและค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการมีลูกเกิดมาน้ำหนักน้อยตามแบบคัดกรองฯ แล้วส่งมาคัดกรองต่อที่ รพ.สต. เพื่อให้การดูแลและจัดการต่อตามระบบ ส่วนอีก 3 อำเภอยังไม่สามารถดำเนินการได้ ซึ่งการดำเนินงานเชิงรุกถือได้ว่าเป็นจุดอ่อนของการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กทั้งระบบ รวมถึงการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยด้วย และสอดคล้องกับข้อมูลจากการถอดบทเรียนของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดนครพนม โดยศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี (มลลธิ์ แสนใจและคณะ, 2556) ที่พบว่า การที่จะแก้ไขหรือจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยตามปัญหาและแก้ไขตามปัจจัย/สาเหตุ ใน 3 กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย (กลุ่มที่ 1) เกิดจากปัจจัย/สาเหตุ ที่แก้ไขยาก และหลักการแก้ไขไม่สามารถทำได้โดยลำพังของบุคลากรสาธารณสุข แต่ต้องมีหลายหน่วยงานมาร่วมดำเนินการ ปัจจัยดังกล่าว ๆ ประกอบด้วย ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุแม่ ระดับการศึกษา อาชีพ/ลักษณะอาชีพ และรายได้ (กลุ่มที่ 2) เกิดจากปัจจัย/สาเหตุ ที่แก้ไขได้ แต่ต้องใช้ระยะเวลาในการแก้ไขต้องมีการประสานการทำงานร่วมกับกลุ่ม/ฝ่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (คลินิกวัยรุ่น/คลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรส/งานสุขภาพจิต ฯลฯ) ปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ โรคทางพันธุกรรม การเจ็บป่วยอื่นๆ และ (กลุ่มที่ 3) เกิดจากปัจจัย/สาเหตุ ที่แก้ไขได้ในระบบการให้บริการอนามัยแม่และเด็กที่ต้องให้บริการที่ได้มาตรฐาน ปัจจัยดังกล่าว ประกอบด้วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ PIH, HT, IUGR, Twin , Anemia, Malaria, Infection การใช้ยาหรือสารเสพติดและน้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์และปัจจัยด้านพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การไม่ฝากครรภ์ ฝากครรภ์ช้า ฝากครรภ์ไม่ครบหรือไม่ มาฝากครรภ์ตามนัด (ทำให้หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ / ทักษะในการดูแลตนเอง) ทำงานหนัก พักผ่อนน้อย ภาวะเครียด/วิตกกังวล และปัจจัยด้านการคลอด ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ผลการถอดบทเรียนพบว่าบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่จะดำเนินการได้เฉพาะ

กลุ่มที่ 3 คือการดูแลในช่วงของการตั้งครรภ์ ส่วนการแก้ไขปัญหากลุ่มที่ 1 และ 2 ซึ่งต้องดำเนินการเชิงรุกในชุมชนและการประสานกับหน่วยงานอื่น ๆ บุคลากรสาธารณสุขทำได้น้อยมากหรือแทบจะไม่ได้ดำเนินการเลย

3.ด้านผลผลิต พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม สำหรับความเสี่ยงที่มีผลต่อลูก ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจถูกต้อง ว่าจะทำให้ลูกตัวเล็ก น้ำหนักแรกเกิดไม่ถึงเกณฑ์ คลอดก่อนกำหนด ซีด ไม่แข็งแรง สมอเล็ก พัฒนาการล่าช้า โดยส่วนใหญ่ทราบจากการบอกของเจ้าหน้าที่ เมื่อสอบถามความเข้าใจเรื่องความเสี่ยงที่มีผลต่อแม่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าจะมีผลอะไรกับแม่ โดยส่วนใหญ่จะบอกว่าเจ้าหน้าที่ไม่ได้อธิบายหรือแจ้งให้ทราบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า บุคลากรบางส่วนโดยเฉพาะที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการ มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์อยู่ในความรับผิดชอบและไปใช้บริการมากที่สุด เนื่องจากอยู่ใกล้ เดินทางสะดวกและเข้าถึงได้ง่าย แต่บุคลากรบางส่วนพบว่ามีความรู้ค่อนข้างต่ำทำงานแบบเฉื่อยชาขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าข้อคำถามที่มีเจ้าหน้าที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 80 กินยาบำรุงไม่สม่ำเสมอและไม่ถูกวิธี คือ กินยาบำรุงห่างจากนมหรือเคลเซียมไม่ถึง 30 นาที บางรายกินพร้อมกันทันทีหลังอาหารเข้าส่งผลให้ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กที่รับประทานเข้าไปดูดซึมได้ไม่ดีเนื่องจากถูกขัดขวางโดยเคลเซียมที่ได้รับจากยาหรือนม ส่วนสาเหตุที่หญิงตั้งครรภ์กินยาบำรุงไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่เนื่องจากลืม ไม่ได้เอายามาด้วยขณะไปทำธุระหรือทำภารกิจนอกบ้านหรือทำงานแบบเป็นกะ อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์ค่อนข้างมีวินัยและความเชื่อมั่นต่อการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมากถ้าหากได้รับข้อมูลหรือคำอธิบายถึงประโยชน์ที่ตัวหญิงตั้งครรภ์และลูกจะได้รับจากการปฏิบัตินั้น ดังคำบอกเล่าของหญิงตั้งครรภ์บางส่วนที่บอกว่า “ต้องกินยาบำรุงให้ตรงวันและเวลา คลาดเคลื่อนไม่ได้เลย และถ้าหากลืมกินยาบำรุงจริงก็จะรีบกินทันทีในวันถัด”

- จากผลการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่รับรู้วิธีลดความเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกในครรภ์น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การกินยาบำรุง การดื่มนมวันละ 3 ถ้วย การกินไข่เป็นประจำ การทำจิตใจให้สบาย พักผ่อนให้เพียงพอ เป็นวิธีการเพิ่มน้ำหนักเพื่อลดความเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งความรู้ส่วนใหญ่ได้จากการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่เมื่อมารับบริการฝากครรภ์และการเข้ากลุ่มโรงเรียนพ่อแม่ รองลงมาคือจากการอ่านสมุดสีชมพู หรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก จากวารสาร/นิตยสารเกี่ยวกับแม่และเด็ก จากการบอกเล่าของญาติ/เพื่อนที่เคยตั้งครรภ์ และจากอินเทอร์เน็ต ตามลำดับ นอกจากนี้ผลการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทุกคน มาฝากครรภ์ทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และส่วนใหญ่จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกที่ รพ.สต.และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง การปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานอาหาร ในภาพรวมรับประทานทุกมื้อ ครบ 5 หมู่ กินไข่วันละ 1-2 ฟอง ดื่มนมวันละ 2-3 แก้ว/ถ้วย ส่วนใหญ่ซื้อวัตถุดิบหรืออาหารสดจากตลาดแล้วปรุงประกอบเอง บางรายมีญาตินำอาหารหรือคอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้การดำเนินงานเพื่อลดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมของอำเภอศึกษาบรรลุตามเป้าหมายซึ่งจากข้อมูลการติดตามน้ำหนักแรกเกิดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 31 คน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์เพียง 1 คน (ร้อยละ 3.2) ที่คลอดลูกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 7

10. การนำไปใช้ประโยชน์

การแก้ไขปัญหารากแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ตามรูปแบบการบริหารจัดการปัญหา รากแรกเกิดน้ำหนักน้อยแบบมีอาชีพของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ซึ่งการดำเนินงานประกอบด้วย 5 ขั้นตอนที่สำคัญ สามารถนำไปเป็นรูปแบบในการแก้ไขปัญหารากแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้ทั้งในโรงพยาบาลที่มี สุนัขหรือแพทย์หรือแพทย์ทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กตามปกติที่ ทุกหน่วยบริการต้องปฏิบัติอยู่แล้ว เพียงแต่กิจกรรมที่ปฏิบัติจะต้องเน้นการทําย่างจริงจังครบถ้วนและได้ คุณภาพจะส่งผลให้สามารถลดปัญหารากแรกเกิดน้ำหนักน้อยลงได้

11. ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค (ที่เป็นปัญหายุ่งยากของผู้ดำเนินการ)

การประสานการเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ต้องประสานหน่วยงานพื้นที่เป้าหมายโดยตรง ต้องระบุนความชัดเจนในการเตรียมกลุ่มตัวอย่าง การตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อสงสัยซักถามนอก ประเด็นอื่นต้องมีความชัดเจนในการอธิบายและให้ข้อมูล การขาดประสบการณ์การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพใน การเจาะประเด็นกับผู้ปฏิบัติทำให้เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ไม่ครอบคลุม

12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

ควรมีการนำรูปแบบการบริหารจัดการปัญหารากแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม แบบมีอาชีพ ขยายผลในอำเภออื่นๆ เพื่อลดปัญหารากแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,5000 กรัม ต่อไป

13. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ เจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และ ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณความกรุณาและความ ช่วยเหลืออย่างดีจากคุณมลลิตี แสนใจ และคุณเกษแก้ว เกตุพันธ์ที่มีส่วนร่วมในการทำวิจัยคอยให้ความช่วยเหลือ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้

14. เอกสาร/เว็บไซต์อ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555- 2559). โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพฯ; 2555
2. กระทรวงสาธารณสุข.แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2535-2539).กรุงเทพมหานคร; 2535
3. กระทรวงสาธารณสุข.แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540 -2544).กรุงเทพมหานคร; 2539
4. กระทรวงสาธารณสุข.แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549).นนทบุรี ; 2544
5. กระทรวงสาธารณสุข.แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550 -2554).นนทบุรี ; 2549
6. นิพนธ์พร วรมงคล.สถานการณ์เด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ. Fact Sheet กรมอนามัย, 9 (3) 1-5; 2547
7. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก.เอกสารสรุปผลงานประจำปี 2556. ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
- 8.กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี.คู่มือแนวทางการบริหารจัดการปัญหารากแรกเกิด น้ำหนักน้อย แบบมีอาชีพ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข.อุบลราชธานี: พิมพ์ที่ วีแคน เซอร์วิส เอ็กเพรส; 2556
9. Stufflebeam, D. (1983). The CIPP Model for Program Evaluation *Evaluation Models* (Vol. 6, pp. 117-141): Springer Netherlands.

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวสุนทรีย์ พันธุ์คำ)

ผู้เสนอผลงาน

วันที่ 17 / ก.พ. / 58

ขอรับรองว่าสัดส่วนหรือลักษณะงานในการดำเนินการของผู้เสนอข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางมลลื แสนใจ)

ผู้ร่วมดำเนินการ

วันที่ 17 / ก.พ. / 58

ลงชื่อ

(นางเกษแก้ว เกตุพันธ์)

ผู้ร่วมดำเนินการ

วันที่ 17 / ก.พ. / 58

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

()

ตำแหน่ง

วันที่ / /

(ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการดำเนินการ
ระดับหัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย)

ลงชื่อ

()

ผู้อำนวยการสำนัก/กอง

วันที่ / /

หมายเหตุ 1. หากผลงานที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น แผ่นพับ หนังสือ แลบบันท์ทีกเสียงฯลฯ ผู้เสนองาน
อาจส่งผลงานจริงประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการก็ได้

2. จำนวนไม่เกิน 15 หน้า

แบบรายการประกอบคำขอประเมินผลงาน
ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ

เรื่อง การพัฒนาระบบการติดตามเฝ้าระวังทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์
ของ

ชื่อ นางสาวสุนทรีย์ พันธุ์คำ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
(เดิมตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6ว.)
ตำแหน่งเลขที่ 2202
กลุ่มงาน/ฝ่าย การพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล / กอง / ศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
กรมอนามัย

เพื่อให้ได้รับเงินประจำตำแหน่ง
สำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาระบบการติดตามเฝ้าระวังทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม 2557– กันยายน 2558
3. สรุปเค้าโครงเรื่อง

3.1 หลักการและเหตุผล

น้ำหนักแรกคลอดของทารกเป็นตัวชี้วัดที่ดีของสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้ที่เป็นแม่ และยังเป็นตัวชี้วัดที่ดีของการมีโอกาสรอดชีวิต การเจริญเติบโต สุขภาพในระยะยาวและการพัฒนาการของทารกด้วย ในประเทศไทย ร้อยละ 99 ของทารกได้รับการชั่งน้ำหนักเมื่อแรกคลอด และพบว่าร้อยละ 7.6 ของทารกมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม เมื่อแรกคลอด พบความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างภาค โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.3 และไม่พบความแตกต่างมากนักระหว่างเขตที่อยู่อาศัย และการศึกษาของแม่ แต่มีความแตกต่างกันเล็กน้อยระหว่างครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมากกับครัวเรือนที่มีฐานะร่ำรวยมาก ร้อยละ 8.5 และ 6.1 ตามลำดับ (การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย, 2555) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีความเสี่ยงต่อการตายในระยะปริกำเนิดและระยะขวบปีแรกของชีวิต และยังมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ภาวะทุพโภชนาการ พัฒนาการล่าช้าในทุกด้านมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป (ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2549) ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์มีผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตของเด็ก โดยเฉพาะโครงสร้างของร่างกาย การพัฒนาสมอง การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและการเกิดโรคเรื้อรัง ผลกระทบที่เกิดจากการขาดสารอาหารตั้งแต่วัยในครรภ์ จะทำให้เด็กมีปัญหาทั้งในปัจจุบันและอนาคต หากปล่อยไว้ให้เด็กมีปัญหาทุพโภชนาการเนิ่นนานการแก้ไขยิ่งทำได้ยาก และผลกระทบยังมีความรุนแรงมากขึ้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) กระบวนการให้บริการของแต่หน่วยฝากครรภ์มีการดำเนินงานที่แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ การให้ความสำคัญกับภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ การส่งเสริมให้มีแนวทางการติดตามที่เป็นระบบตั้งแต่การมาฝากครรภ์ตามนัด การประเมินภาวะแทรกซ้อน การประเมินภาวะโภชนาการเพื่อติดตามแนวโน้มของน้ำหนักทารกในครรภ์ การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม จะทำให้ได้ข้อมูลเป็นรายบุคคลเพื่อวางแผนปฏิบัติการส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมให้กับหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

3.2 บทวิเคราะห์/แนวความคิดหรือแนวทางดำเนินการ/ข้อเสนอ

การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการหญิงขณะตั้งครรภ์มีความสำคัญในการส่งเสริมน้ำหนักทารกแรกเกิด การติดตามการเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการเป็นระยะๆอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะทำให้ได้ข้อมูลประกอบการวางแผนและดำเนินการส่งเสริมโภชนาการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม สาเหตุหลักของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็นผลการคลอดก่อนกำหนด (Prematurity) หรือทารกในครรภ์เจริญเติบโตผิดปกติ (Intrauterine growth retardation [IUGR]) ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งสาเหตุเดียวหรืออาจจะเกิดทั้งสองสาเหตุร่วมกันก็ได้ ปัจจัยเสี่ยงด้านหญิงตั้งครรภ์ต่างๆ การปฏิบัติตัวที่ดีขณะตั้งครรภ์ การดูแลเรื่องอาหาร โภชนาการที่ดี จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่แข็งแรงของทารกในครรภ์ด้วย ดังนั้นหน่วยงานที่รับบริการฝากครรภ์ควรมีการจัดรูปแบบการติดตามเฝ้าระวังภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ ให้เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์แต่ละบุคคล การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ประเมินภาวะโภชนาการ แนวโน้มของการเพิ่มน้ำหนัก ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จะทำให้ทราบว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมกินที่เหมาะสมหรือไม่ การแจ้งผลและอธิบายผลการประเมินภาวะโภชนาการเป็นรายบุคคล จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจและเพิ่มทักษะในการจัดหาอาหารที่ประโยชน์สอดคล้องกับภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ มีระบบการติดตามเมื่อไม่มาฝากครรภ์ รวบรวมวิเคราะห์ปัจจัยร่วมอื่นๆที่อาจส่งผลต่อการบริโภคอาหาร เช่น การเจ็บป่วย พันธุกรรม นอนพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียด รายได้ แหล่งอาหาร เป็นต้น

จะทำให้ได้ข้อมูลเพื่อจะได้จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการ ป้องกันและแก้ไขปัญหา ด้านการปฏิบัติพยาบาลจะได้มีรูปแบบการบูรณาการแนวทางการแก้ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการที่ดีต่อไป

3.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ด้านการปฏิบัติพยาบาล ได้แนวทางในการติดตามเฝ้าระวังภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
- 2) ด้านการบริการ หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจและทักษะเพิ่มขึ้นในการจัดหาอาหารเพื่อส่งเสริมน้ำหนักทารกในครรภ์ให้มีแนวโน้มมากกว่า 2,500 กรัม

3.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จ

มีรูปแบบการติดตามภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ

3.5 แนวคิดพัฒนางานในอนาคต

จากการประเมินโครงการ “การจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม แบบมืออาชีพ” มาเป็นเครื่องมือจัดการปัญหาเป็นรายบุคคล มีการบริหารจัดการที่ดี โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็น key person ประสานและสร้างทีมงานในพื้นที่เห็นความสำคัญของปัญหาการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ มีโครงการแผนงานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ ดึงเครือข่ายทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์อย่างบูรณาการจะทำให้เกิดความเข้มแข็งของการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กนำไปสู่การดูแลสุขภาพของประชากรที่มีคุณภาพของประเทศต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสุนทรีย์ พันธุ์คำ)

ผู้เสนอแนวคิด

วันที่17.... เดือน .กุมภาพันธ์. พ.ศ. 2558