

การศึกษาสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลบุรีรัมย์
ปีงบประมาณ 2547-2549

A Study of Healthcare Situations for Mother and
Child in Buriram Hospital, Fiscal Years 2004-2006

วิศิษฐ์ โตศิริ พ.บ.*

Visit Tosiri M.D.

ABSTRACT

- Objective** : To investigate the healthcare situations for mother and child including perinatal mortality rate based on the categorization proposed by Wigglesworth and the maternal mortality rate at Buriram Hospital in the fiscal years 2004 to 2006.
- Setting** : Department of Obstetrics and Gynecology, Buriram Hospital
- Research design** : Retrospective study.
- Method** : Data were collected from Labour records, Maternal and perinatal mortality records. Statistic analysis was done by using SPSS program.
- Result** : 1. As regards healthcare situation for mother and child, it was found that the percentage of newborn infants with low birth weight (lower than 2,500 grams) was higher than the set goal of seven percent, in the fiscal years 2004 accounting for 11.0%, and 12.3% in the fiscal years 2005, and 11.2% in the fiscal years 2006. In addition, as in 2004, the rate of maternal mortality was as high as 32.9 per 100,000 live births (the set goal of not more than 18 per 100,000 live births). However, there was no maternal mortality in 2005, and in 2006, the maternal mortality rate was equal to 17.2 per 100,000 live births. Furthermore, the rate of birth asphyxia was reduced to from 47.4, to 36.2, and to 27.8 per 1,000 live births in 2004, 2005, and 2006, respectively, which was finally lower than the set goal of not more than 30 per 1,000 live births. Finally, the percentage of mothers younger than 20 years of age was also lower than the set goal of no more than ten percent, accounting for 9.60%, 10.7%, and 8.5% in the fiscal years 2004, 2005, and 2006, respectively.

2. The perinatal mortality rate at Buriram Hospital in the fiscal years 2004, 2005, and 2006 was higher than the set goal of no more than 9 per 1,000 live births. That is, the rates of perinatal mortality in the fiscal years 2004, 2005, and 2006 were equal to 12.5, 10.5, and 10.3 per 1,000 live births, respectively. When considering the causes of perinatal mortality, it was found that the most important cause of mortality was macerated death, making up 49.09%. Second came congenial anomaly, which contributed another 19.09%. This was followed by birth asphyxia 18.18%, preterm delivery 7.27%, and specific causes 6.36%.
3. When analyzing the causes of maternal mortality at Buriram Hospital during the fiscal years 2004 to 2006, it was found that in 2004, there were two maternal deaths, one resulting from postpartum hemorrhage and the other from heart disease, accounting for 32.9 mortality cases per 100,000 live births. Fortunately, there was no maternal mortality at Buriram Hospital in 2005. In 2006, there was one case of maternal mortality, resulting from an indirect cause of the pregnant woman's personal disease and making up 17.2 mortality cases per 100,000 live births.

Key words : Maternal mortality, perinatal mortality, Wigglesworth

บทคัดย่อ

- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาศาณการณงานอนามัยแม่และเด็ก อัตราตายของทารกตายปริกำเนิด จำแนกสาเหตุการตายโดยวิธีของ wigglesworth และอัตราการตายของมารดา ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ในปีงบประมาณ 2547-2549
- สถานที่ศึกษา** : กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์
- รูปแบบการวิจัย** : การศึกษาข้อมูลย้อนหลัง
- วิธีการศึกษา** : เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานการคลอด ก 1 และรายงานการตาย ก 2 ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2547 - กันยายน 2549
- ผลการศึกษา** : 1) สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กพบว่าร้อยละทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัว น้อยกว่า 2,500 กรัม สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ไม่เกินร้อยละ 7) คือ ในปีงบประมาณ 2547, 2548 และ 2549 เท่ากับร้อยละ 11.0, 12.3 และ ร้อยละ 11.2 ตามลำดับ สำหรับอัตราการตายของมารดา ปีงบประมาณ 2547 สูงถึง 32.9 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในปีงบประมาณ 2548 ไม่มีการตาย และในปีงบประมาณ 2549 ได้ลดลงเป็น 17.2 ต่อแสนการเกิดมีชีพ อัตรา การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ลดลงจนต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ไม่เกิน 30 ต่อพันการเกิดมีชีพ) ในปีงบประมาณ 2547, 2548 และ 2549 เท่ากับ 47.4, 36.2 และ 27.8 : 1,000 การเกิดมีชีพตามลำดับ อัตราการตายปริกำเนิด เมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (ไม่เกินร้อยละ 10) คือ ปีงบประมาณ 2547, 2548 และ 2549 เท่ากับ ร้อยละ 9.60, 10.7 และ ลดลงเป็นร้อยละ 8.5 ตามลำดับ
- 2) อัตราตายทารกปริกำเนิดของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ในปีงบประมาณ 2547, 2548 และ 2549 พบว่าสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ไม่เกิน 9 : 1,000 การเกิดมีชีพ) คือเท่ากับ 12.5, 10.5 และ 10.3 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพตามลำดับเมื่อจำแนก สาเหตุการตายปริกำเนิด โดยวิธีของ wigglesworth พบว่ามีสาเหตุจากการ ตายเปื่อยยุ่ยมากที่สุด ร้อยละ 49.09 รองลงมาเป็นการแต่กำเนิด ร้อยละ 19.1 ที่เหลือมีภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด ร้อยละ 18.2 คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 7.3 สาเหตุเฉพาะ ร้อยละ 6.4 ตามลำดับ
- คำสำคัญ** : การตายของมารดา, ทารกปริกำเนิด, จำแนกสาเหตุการตายโดยวิธีของ wigglesworth

บทนำ

อัตราการตายของมารดาและทารกเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงสุขภาพอนามัยของมารดาและทารก คุณภาพและความครอบคลุมของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็กของประเทศนั้น ๆ แสดงถึงขีดความสามารถในการให้บริการของสูติแพทย์และกุมารแพทย์ในประเทศนั้น บอกถึงระดับการพัฒนาเศรษฐกิจของประชากรและการพัฒนาประเทศ การตายของทารกถือเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เพราะในการตั้งครรถ์จนกว่าจะคลอดนั้นต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอาหาร ยา ค่าเดินทางไปตรวจครรภ์ ซึ่งอาจต้องหยุดงานหรือทำงานได้น้อยลง ทำให้สูญเสียรายได้ไปบางส่วน แต่ผลที่ได้รับคือการคลอดบุตรที่ไม่มีชีวิต การสูญเสียชีวิตของทารกจะส่งผลกระทบต่อจิตใจทั้งต่อผู้ตั้งครรถ์ครอบครัว ตลอดจนผู้ให้บริการทางสูติกรรม⁽¹⁾

โรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นโรงพยาบาลศูนย์และในฐานะแม่ข่ายและเป็นสถานที่รับส่งต่อมารดาและทารก และให้ความช่วยเหลือในด้านวิชาการและพัฒนาาระบบให้บริการอนามัยแม่และเด็ก ในจังหวัดบุรีรัมย์ ให้การดูแลผู้คลอดที่มีปัญหาแทรกซ้อนจากโรงพยาบาลชุมชนมารับการรักษา ต่อที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จึงทำให้ภาระงานในการดูแลมารดาและทารกมีแนวโน้มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติสัดส่วนมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ต่อการคลอดทั้งจังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.05 เป็นร้อยละ 35.74 และร้อยละ 35.19 ในปี 2547, 2548, 2549 ตามลำดับ และยังมีแนวโน้มความรุนแรงของโรคที่พบในมารดาและทารกปริกำเนิดมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากขาดทักษะการประเมินของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ก่อให้เกิดปัญหาในการส่งต่อมารดาและทารกในจังหวัดบุรีรัมย์ ดังจากสถิติรายงานประจำปีงบประมาณ 2546 ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าอัตราการตายของมารดา 55.29 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และอัตราการตายของทารกปริกำเนิด 13.64 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ให้ลดอัตราอัตราการตายของมารดาลงน้อยกว่า 18 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และอัตราการตายของทารกปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ จะเห็นได้ว่าอัตราการตายของมารดาและทารกปริกำเนิดของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ยังสูงกว่าเป้าหมาย⁽²⁾ ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนให้ระลึกถึงปัญหาสุขภาพของมารดาและทารกที่กำลังเผชิญอยู่ รวมทั้งคุณภาพการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จะเห็นได้ว่าปัญหาเรื่องการตายของมารดาและการตายของทารกปริกำเนิดเป็นเรื่องสำคัญ สมควรที่จะศึกษาสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อหาสาเหตุแนวโน้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายปริกำเนิด เพื่อทราบปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา อันจะนำไปสู่การลดอัตราทารกตายปริกำเนิดและการตายของมารดา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ปี 2547-2549 ขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษาดูสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก อัตราการตายของทารกปริกำเนิดโดยจำแนกสาเหตุการตายของทารกตายปริกำเนิดโดยวิธีของ wigglesworth และอัตราการตายของมารดาในปี 2547-2549

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ มารดาที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ปีงบประมาณ 2547, 2548 และ 2549 มีจำนวน 6,122, 6,407 และ 5,857 ราย จำนวนทั้งสิ้น 18,386 ราย

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทารกตายปริกำเนิดจากมารดาทุกรายที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป หรือมีน้ำหนักแรกคลอด 1,000 กรัมขึ้นไป ที่คลอดในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2546 - กันยายน 2549 จากรายงานทารกตายปริกำเนิดที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวนทั้งสิ้น 198 ราย และมารดาตายจำนวน 3 ราย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ

1. รายงาน ก 1 รายงานการคลอดในสถานบริการสาธารณสุข ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์
2. รายงาน ก 2 ข้อมูลการตายของมารดาและทารกตายปริกำเนิด เป็นรายเดือน ทุกรายที่ตายในสถานบริการ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมข้อมูลโดยการตรวจความถูกต้องของข้อมูลและความสมบูรณ์ของรายงาน แล้วแปลงข้อมูลที่ได้เป็นรหัสและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป spss/pc

2. การวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 อัตราทารกปริกำเนิด วิเคราะห์เป็นจำนวนและอัตราตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย

ผลการศึกษา

จากการศึกษาศาสนาการงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ตามดัชนีชี้วัดที่สำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพบริการของงานอนามัยแม่และเด็กและเป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยคุณภาพของการฝากครรภ์และการดูแลระหว่างคลอด พบข้อมูลที่เกี่ยวข้องดังตารางที่ 1 ดังนี้

1) ผลงานที่ปฏิบัติเมื่อดำเนินงานถึงปีงบประมาณ 2549 แล้วสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย (ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้) ได้แก่

1.1 อัตราการตายของมารดา (ไม่เกิน 18 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) ในปีงบประมาณ 2547 สูงถึง 32.9 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในปีงบประมาณ 2548 ไม่มีการตาย และในปีงบประมาณ 2549 พบมารดาตาย 1 ราย คิดเป็น 17.2 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

1.2 อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (ไม่เกิน 30 ต่อพันการเกิดมีชีพ) ในปีงบประมาณ 2547, 2548 และ 2549 เท่ากับ 47.4, 36.2 และ 27.8 : พันการเกิดมีชีพ ตามลำดับ

1.3 อัตราการตายของมารดาเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี (ไม่เกินร้อยละ 10) คือ ปีงบประมาณ 2547, 2548 และ 2549 เท่ากับร้อยละ 9.60, 10.7 และลดลงเป็นร้อยละ 8.5 ตามลำดับ

2) ผลงานที่ปฏิบัติได้ต่ำกว่าเป้าหมาย ได้แก่

2.1 ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม (ไม่เกินร้อยละ 7) คือ ในปีงบประมาณ 2547, 2548 และ 2549 เท่ากับร้อยละ 11.0, 12.3 และร้อยละ 11.2 ตามลำดับ

2.2 อัตราตายทารกปริกำเนิดของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ (ไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ) คือ ในปีงบประมาณ 2547, 2548 และ 2549 เท่ากับ 12.5, 10.5 และ 10.3 ต่อพันการเกิดมีชีพ ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ปีงบประมาณ 2547-2549

ข้อมูล	เป้าหมาย**	ปีงบประมาณ 2547		ปีงบประมาณ 2548		ปีงบประมาณ 2549	
		จำนวน (ราย)	ระดับ	จำนวน (ราย)	ระดับ	จำนวน (ราย)	ระดับ
1. มารดาตาย	ไม่เกิน 18 (ต่อแสนการเกิดมีชีพ)	2	32.9	0	0	1	17.2
2. ทารกขาดออกซิเจน ขณะแรกเกิด	ไม่เกิน 30 (ต่อพันการเกิดมีชีพ)	288	47.4	230	36.2	162	27.8
3. มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี	ไม่เกินร้อยละ 10	581	9.60	648	10.7	492	8.5
4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,5000 กรัม	ไม่เกินร้อยละ 7	669	11.0	783	12.3	651	11.2
5. ทารกตายปริกำเนิด	ไม่เกิน 9	77	12.5	63	10.5	58	10.3
- ทารกเกิดไร้ชีพ	(ต่อพันการเกิดมีชีพ)	49	8.3	46	7.2	33	5.6
- ทารก 0-7 วัน ตาย		28	4.6	17	2.7	25	4.2

ที่มา : รายงาน ก₁ ก₂ โครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก

**แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)

2. อัตราตายปริกำเนิดและการจำแนกสาเหตุการตาย

อัตราตายทารกปริกำเนิดของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ในปีงบประมาณ 2547, 2548 และ 2549 พบว่าสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ไม่เกิน 9 : 1,000 การเกิดมีชีวิต) คือ เท่ากับ 12.5, 10.5 และ 10.3 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต ตามลำดับ เมื่อจำแนกสาเหตุการตายปริกำเนิด โดยวิธีของ wigglesworth พบว่ามีสาเหตุจากการตายเปื่อยยุ่ยมากที่สุด ร้อยละ 49.09 รองลงมาเป็นการแต่กำเนิด ร้อยละ 19.1 ที่เหลือมีภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด ร้อยละ 18.2 คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 7.3 สาเหตุเฉพาะ ร้อยละ 6.4 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

1) สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จากการศึกษาสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาพรวมผลการปฏิบัติงานดีขึ้น ดังจะเห็นได้จากแนวโน้มสถิติอัตราตายของมารดาและอัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดลดลง ซึ่งอาจเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ได้กำหนดให้งานอนามัยแม่และเด็กเป็นงานเน้นหลัก ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนตามโครงการโรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย และการพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ห้องคลอดของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง โดยมีห้องคลอดโรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นแกนนำ และให้มีการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ นำทีมโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้เกิดความสำเร็จอย่างรวดเร็วและราบรื่น

อย่างไรก็ดียังมีตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้แก่

1.1 ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่าเกณฑ์ ซึ่งน้ำหนักทารกแรกเกิดเป็นตัวสะท้อนคุณภาพงานฝากครรภ์ได้ดี เนื่องจากหากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพขณะตั้งครรภ์ จะช่วยลดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยลงได้

1.2 อัตราทารกตายปริกำเนิด ซึ่งจากการจำแนกสาเหตุการตายทารกตายปริกำเนิดโดยวิธีของ wigglesworth⁽²⁾ ในปีงบประมาณ 2547, 2548, 2549 พบว่าสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดอันดับแรก คือ การตายเปื่อยยุ่ย คิดเป็นร้อยละ 35.1, 50.8 และ 37.9 ตามลำดับ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสันติย์ พ่วงทรัพย์⁽²⁾ ที่โรงพยาบาลสระบุรี ในปี 2531 พบว่าสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดอันดับแรก คือ การตายเปื่อยยุ่ย ซึ่งการลดอัตราการตายของทารกนั้นวิกเกิลเวิร์ด (Wigglesworth) ได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อป้องกันแก้ไขไว้ว่ามารดาควรได้รับการดูแลอย่างดีระหว่างตั้งครรภ์ และใช้กลยุทธ์เพื่อประเมินการดูแลรักษาในระยะปริกำเนิด (maternal care monitoring)⁽⁴⁾ การปฏิบัติตัวและดูแลขณะตั้งครรภ์

สาเหตุการตายที่พบเป็นอันดับ 2 ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ คือ ความพิการแต่กำเนิดในปีงบประมาณ 2547, 2548, 2549 พบร้อยละ 29.9, 19.7 และ 20.7 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุการตายนี้ต่ำกว่าการศึกษาของกำแพง จาตุรจินดา⁽⁴⁾ ที่โรงพยาบาลรามารัตินปี 2528 พบว่าทารกมีสาเหตุการตายจากความพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 26.1 ซึ่งวิกเกิลเวิร์ด⁽²⁾ (Wigglesworth) ได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อป้องกันแก้ไขไว้ว่าควรศึกษาภูมิหลังด้านสังคมของมารดากับทั้งการมีเครื่องมือตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของทารก

ในครรภ์ได้ และกำหนด จาตุรกำหนด⁽⁴⁾ ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าทารกพิการแต่กำเนิดในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังไม่มีวิธีป้องกัน นอกจากในรายที่ทราบสาเหตุของการเกิดทารกพิการ เช่น การหลีกเลี่ยงการรับประทานยาบางชนิดระหว่างการตั้งครรภ์ และการฉีดวัคซีนหัดเยอรมันก่อนการตั้งครรภ์ในรายที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน การนำวิทยาการสมัยใหม่มาใช้ ทำให้สามารถให้การวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น การลดการตายอีกทางหนึ่งคือ เปลี่ยนการตายปริกำเนิดเป็นการทำแท้งแทน จึงควรจัดให้มีคลินิกให้คำปรึกษาและการบริการวินิจฉัยก่อนคลอดรายใดที่พบความพิการแต่กำเนิด ควรพิจารณาทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง นอกจากนี้ปัญหานี้ที่มีแนวโน้มพบได้มากขึ้นคือการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในมารดาวัยรุ่น นิยมรับประทานยาขับเลือดเพื่อทำให้เกิดการแท้งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้จำนวนเด็กตายปริกำเนิดจากความพิการมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น

สาเหตุการตายที่พบเป็นอันดับ 3 ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ คือ การขาดออกซิเจนขณะคลอดหรือตายสด (Asphyxia Condition in Labour) ในปีงบประมาณ 2547, 2548, 2549 พบร้อยละ 14.3, 15.9 และ 19.0 ตามลำดับ ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร อ้อเผ่าพันธุ์ และคณะ⁽⁵⁾ ที่โรงพยาบาลเด็กและโรงพยาบาลราชวิถีในปี 2534 พบสาเหตุการตายจากการขาดออกซิเจนขณะคลอด ร้อยละ 15.45 ซึ่งลักษณะการตายของทารกซึ่งจำแนกตามสาเหตุของวิกเกิลเวิร์ด⁽²⁾ (Wigglesworth) จะเป็นการตายคลอดทันทีหรือตายหลังคลอด ซึ่งการให้การช่วยเหลือป้องกัน จะต้องให้การช่วยเหลือในขณะคลอดอย่างทันท่วงที โดยการเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือไว้ให้ครบครัน

3) วิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดา พบว่ามีสาเหตุการตกเลือด 1 ราย และสาเหตุ

ทางอ้อม 1 ราย จากโรคหัวใจ ในปีงบประมาณ 2548 ไม่มีมารดาตาย ปีงบประมาณ 2549 มีมารดาตาย 1 คน คิดเป็นอัตรา 17.2 ต่อแสน การเกิดมีชีพ โดยมีสาเหตุการตายจากสาเหตุทางอ้อม คือ เกิดจากโรคประจำตัวของหญิงตั้งครรภ์ จะเห็นได้ว่าสาเหตุการตายมารดาของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ส่วนใหญ่เป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น การตกเลือดหลังคลอด ซึ่งสะท้อนบริการการดูแลในห้องคลอดและหลังคลอด และสาเหตุการตายจากโรคประจำตัวของมารดา คือ โรคหัวใจ ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพของบริการฝากครรภ์ และภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่สามารถป้องกันได้ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง แต่ก็ยังคงบอกได้ถึงประสิทธิภาพในความสามารถในการช่วยกู้ฟื้นคืนชีพของทีมบุคลากรในโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ควรดำเนินการจัดทำแนวทางการลดอัตราการตายของทารกปริกำเนิดของวิกเกิลเวิร์ด (Wigglesworth) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่พบมากอันดับ 1 คือ การตายเฉื่อยยู่ รองลงมา คือ พิกัดแต่กำเนิด ภาวะการขาดออกซิเจนระหว่างคลอด การคลอดก่อนกำหนด และสาเหตุเฉพาะอื่น ๆ ถึงแม้บางสาเหตุจะเป็นสาเหตุที่ป้องกันและแก้ไขได้ยาก แต่ก็สามารถลดอัตราการตายของทารกปริกำเนิดได้ดังนี้

1.1 แนวทางการลดอัตราการตายของทารกปริกำเนิดจากสาเหตุตายเฉื่อยยู่ ซึ่งพบมากเป็นอันดับ 1 ของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ปี 2548-2549 พบว่าลดลงจากร้อยละ 50.8 เหลือ 37.9 ซึ่งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดบุรีรัมย์ได้พิจารณาจัดทำแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการตายปริกำเนิด โดย

พัฒนาคุณภาพการดูแลขณะตั้งครรภ์เนื่องจากสาเหตุการตายเบื่อยุยุยนั้นมิสาเหตุสัมพันธ์กับโรคและภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การลดอัตราการตายของทารกที่ตายเบื่อยุยุยนั้นสามารถลดลงได้หากมีการบริการการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ การใช้ปัจจัยเสี่ยงในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับการตรวจโดยใช้ Ultrasound อย่างน้อย 2 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 10-12 สัปดาห์ และเมื่ออายุครรภ์เกิน 32 สัปดาห์ และระหว่างตั้งครรภ์ตามความเหมาะสมเมื่อมีข้อบ่งชี้ ติดใบบันทึกการตั้งครรภ์ของทารกในครรภ์ แนะนำให้น้ำลูกเดินเพื่อสังเกตอาการผิดปกติของทารกในครรภ์ เพื่อช่วยให้สามารถค้นพบป้องกันหรือควบคุมภาวะแทรกซ้อนจะเป็นการช่วยลดอันตรายและอัตราการตายของมารดาและทารกตายปริกำเนิดได้อีกทางหนึ่ง

1.2 แนวทางการลดอัตราการตายของทารกปริกำเนิดจากสาเหตุการขาดออกซิเจนขณะคลอด ควรพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลขณะคลอดและหลังคลอด

- พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงในเครือข่ายทุกแห่งในจังหวัดบุรีรัมย์

- ให้ความสำคัญกับเจ้าหน้าที่ในห้องคลอดให้มีความสามารถค้นหาภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ มีความรู้ ทักษะในการประเมินสภาวะการหดรัดตัวของมดลูก การเต้นของหัวใจเด็ก การคลอดระยะที่ 2 ยาวนาน เป็นต้น

- การเตรียมความพร้อมสำหรับช่วยเหลือทารกแรกเกิดอย่างมีประสิทธิภาพ และการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่พร้อมจะช่วยเหลือทารกแรกเกิดขณะคลอด เช่น Electronic Fetal Monitoring Resuscitation Incubation อย่างพอเพียง การประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

โดยเฉพาะกุมารแพทย์ โดยแพทย์เวรและเจ้าหน้าที่ห้องคลอด ทั้งในและนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เป็นผู้ประสานล่วงหน้า หากพบว่าทารกมีความเสี่ยงและประสานกับหน่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะฉุกเฉินในการเคลื่อนย้ายทารกและจัดเจ้าหน้าที่ที่มีทักษะในการกู้ฟื้นคืนชีพในการรับส่งทารก คือ “สูติกา”

- ควรฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้แก่เจ้าหน้าที่หรือพยาบาลที่ดูแลห้องคลอดทั้งในโรงพยาบาลบุรีรัมย์และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งให้มีทักษะในการดูแลช่วยเหลือในระยะคลอดได้ รวมทั้งมีความชำนาญในการใช้เครื่องมือต่าง ๆ และต้องจัดหาจัดเตรียมไว้ให้เพียงพอและพร้อมที่จะใช้ตลอดเวลา โดยเฉพาะเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ การช่วยคลอด การดูแลความก้าวหน้าของการคลอด การวางแผนเลือกวิธีการช่วยคลอดที่เหมาะสม การจัดการดูแลทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยอย่างใกล้ชิด

- การประสานงานระบบเครือข่ายการส่งต่อมารดาและทารก ต้องทำอย่างเหมาะสมทันทั่วถึง เมื่อวินิจฉัยได้ว่าอยู่ในระยะอันตรายโดยใช้กราฟดูแลการคลอด เป็นเครื่องมือช่วยวินิจฉัยการส่งต่อคนไข้ระหว่างหน่วยงาน ขณะส่งต่อควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่รับ โดยรายงานอาการคนไข้เพื่อรับการช่วยเหลือระหว่างเดินทาง เช่น การให้ออกซิเจนขณะเดินทาง การให้ความอบอุ่น (Keep warm) และเพื่อให้มีการเตรียมการของหน่วยงานที่ได้รับการส่งต่อ เช่น การเตรียมเลือดที่เหมาะสมกับกับหญิงคลอด

- จัดสมมนาวิชาการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในการให้บริการ การบริหารจัดการในห้องคลอดและการแก้ปัญหาเรื่องมารดาและทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลในระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผู้คลอดทุกระยะของการคลอด

ทารกในครรภ์และการดูแลทารกแรกเกิด การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด โดยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์จัดทำหลักสูตรและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ โครงการดูแลการคลอดอย่างมีแบบแผน เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดและเป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด

- ควรพัฒนาความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ขณะประจำการ เนื่องจากการให้บริการอนามัยแม่และเด็กนั้น ผู้ให้บริการต้องมีทักษะเฉพาะ ทั้งนี้พบว่าในหลายสถานบริการมีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน ผู้รับผิดชอบงานมักเป็นเจ้าหน้าที่ที่จบใหม่ ไม่มีทักษะ ประสบการณ์ จึงจัดทำหลักสูตร “การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดที่มีภาวะฉุกเฉิน” โดยจัดให้มีการอบรมภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติงานที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์

2. ข้อเสนอแนะสำหรับงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ควรจัดทำแผนการพัฒนาย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นกลยุทธ์ดำเนินงานโดยการพัฒนาเครือข่าย การพัฒนาระบบส่งต่อมารดาและทารกที่มีภาวะฉุกเฉิน การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การพัฒนาทักษะของผู้ให้บริการโดยโรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นแกนนำ การพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่าย 4 มุมเมือง เพื่อให้สถานการณ์ตามดัชนีชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็กนั้นมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาและประเมินผลประสิทธิภาพของการดำเนินงานพัฒนาการบริการอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เนื่องจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้ใช้แนวทางการดำเนินงานตามโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2533 เป็นต้นมา และมีกลยุทธ์ดำเนินการโดยการพัฒนาเครือข่าย การพัฒนาระบบส่งต่อมารดาและทารกที่มีภาวะฉุกเฉิน การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การพัฒนาทักษะของผู้ให้บริการโดยโรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นแกนนำ การพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่าย 4 มุมเมือง ทำให้สถานการณ์ตามดัชนีชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็กนั้นมีแนวโน้มลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดและทารกปริกำเนิดเพื่อนำมาปรับปรุงใช้ในการป้องกันทารกเสียชีวิตหรือพิการจากการขาดออกซิเจนขณะคลอดแรกคลอด และเพื่อลดอัตราการตายของทารกปริกำเนิด

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์

กิจกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์บรรเจิด จงเจริญกมล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่ให้ทำการศึกษาและเผยแพร่ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สายทอง ขาวสวน. สาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2533-2535. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัวภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย ; กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2537. 1
2. Wiggleworth JS. Monitoring Perinatal Death. A Pathophysiological Approach. Lancet 1980 Sep 27 ; 2 (8196) : 684-6.
3. สานิต พ่วงพันธ์. การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลสระบุรี ตุลาคม 2533 - กันยายน 2537. วารสารวิชาการเขต 10. 2540 ; 5 : 33-40.
4. กำแพง จาตุรจินดา, ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์. การตายของทารกปริกำเนิด. ใน : สูติศาสตร์รามาธิบดี
กำแพง จาตุรจินดา และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย ; 2530 : 59-73.
5. สุนทร อ้อเผ่าพันธ์. การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลเด็กและโรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2534. วารสารวิชาการเขต 12 2541 ; 2 : 79-85.
6. Donnelly JF, et al. Fetal, Parental and Environmental Factorss Associated with Perinatal Motality in Mothers under 20 years of Age. AMJ Obtet Gynecol 1960 ; 80 : 663-71.
7. ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ และกำแพง จาตุรจินดา. การตายของทารกปริกำเนิด. ใน : ประทักษ์ โอประเสริฐ สวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามาธิบดี 2. กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติกพับลิชชิ่ง ; 2540. 68-9.
8. สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล. "สถานการณ์การตายของทารกปริกำเนิดของประเทศไทยในปัจจุบัน". (การอบรมระยะสั้น ครั้งที่ 3 วิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. 7-9 พฤษภาคม 2534). 12.