

นิพนธ์ต้นฉบับ

คลินิกพ่อแม่คนเก่งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จ.ชลบุรี

จิตรพร ธนบดี พ.บ.*

นุชจรินทร์ พูลสวัสดิ์ พย.บ.*

ทิพย์วรรณ บำรุงจิตต์ พย.บ.*

- Abstract** Parenting Class in Health Promoting Hospital, Chonburi province
Jitraporn Tanabodee M.D.*
Nuchjarin Poolsawat B.Ns.*
Tipwan Bumrungjit B.Ns.*
* Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 3, Chonburi Province, Thailand.
J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2006;23:75–81.
- Objective** To evaluate the knowledge and attitude of pregnant women and their husbands before and after health education program regarded prenatal and perinatal care in parenting class. The satisfaction of the health education model was also evaluated.
- Material and Method** This study was a single group pretest post-test design. Pregnant women with their husbands, got 3 times of health education regarded prenatal and perinatal care including exercise until delivery at Health Promoting Hospital from 1 June 2004 to 30 April 2005. There were three collecting data forms : The examination form for knowledge and attitude evaluation before and after health education, the satisfaction form and the questionnaire form. The data were analyzed by mean percentage, standard deviation, Paired – samples t-test.
- Results** Fifty-seven couples of pregnant women and their husbands who enrolled the entire study got post-test knowledge and attitude scores 16.3 and 17.9 respectively, which were significant higher than pretest score (11.3 and 12.8 respectively). The satisfaction score was in high level. The low birth weight rate was 3.5 percent. The birth asphyxia rate was 35.1 per 1000 livebirths. The knowledge and attitude questions which the least people got right answer were : At the 32 weeks gestational age and more, the fetus moves at least 10 times per day. And wearing popular tight-fit clothes, has no bad effect to pregnancy.
- Conclusion** Pregnant women and their husbands got more knowledge and positive attitude of prenatal and perinatal care from health education. The low birth weight rate was not over than 7 percent. Therefore, we should apply this program to get the best benefit.

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 จังหวัดชลบุรี

บทนำ

ประเทศไทยยังประสบปัญหาสาธารณสุขในด้านแม่และเด็กตั้งแต่การฝากครรภ์จนถึงการคลอด ดังข้อมูลอนามัยแม่และเด็กประเทศไทยปีพ.ศ. 2545 พบอัตราส่วนการตายของมารดา 22.1:100,000 การเกิดมีชีพ อัตราการตายปริกำเนิด 9.2:1000 การเกิดทั้งหมด อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 32.5:1000 การเกิดมีชีพ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 8.81 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ปีพ.ศ. 2546 พบอัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 36.5:1000 การเกิดมีชีพ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.8 ไม่พบการตายปริกำเนิดและการตายของมารดา² ซึ่งยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9

เด็กที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาตั้งแต่ในครรภ์มารดา หญิงตั้งครรภ์และสามีควรมีความรู้ ทักษะที่ดีในการดูแลระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติ เนื่องจากในสังคมปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวของคนไทยเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ขาดโอกาสในการได้รับความรู้จากญาติผู้ใหญ่ ความรู้จึงต้องเป็นการศึกษาด้วยตนเองหรือสอบถามจากเพื่อนบ้าน ซึ่งบางสิ่งถูกต้อง บางสิ่งไม่ถูกต้อง ดังนั้นการได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยเหลือในการดูแลระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีคุณภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 จึงได้จัดกิจกรรมคลินิกพ่อแม่คนเก่ง ซึ่งเป็นการบริการที่จัดขึ้นเสริมจากคลินิกฝากครรภ์ตามปกติ สำหรับการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามีในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เอื้อต่อการเรียนรู้ โดยคาดว่าสามีที่ร่วมรับฟังความรู้เกี่ยวกับการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ จะนำไปปฏิบัติ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จนบรรลุนโยบาย ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย สายสัมพันธ์แม่-ลูก รวมทั้งเด็กมีพัฒนาการสมวัยทั้งด้าน สติปัญญา ร่างกายและอารมณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ความรู้

ทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์และสามีในเรื่องการดูแลปฏิบัติ ระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดก่อนและหลังได้รับการสอนสุขศึกษา รวมถึงความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้สุขศึกษาในคลินิกพ่อแม่คนเก่ง โดยคาดว่าอัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยจะลดลง

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการให้สุขศึกษา (The single group pretest post-test design) ในคลินิกพ่อแม่คนเก่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3

กลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2547 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2547 โดยมีลักษณะดังนี้เกณฑ์คัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มศึกษา (inclusion criteria)

1. ยินยอมเข้าร่วมในโครงการครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ < 16 สัปดาห์
2. สามีอาศัยอยู่ร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์จนถึงคลอด
3. สามียินยอมเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ตามกระบวนการวิจัย ตลอดจนถึงการคลอดบุตร

เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มศึกษา (exclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่แจ้งความจำนงค์จะไม่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
2. หญิงตั้งครรภ์ที่แท้งบุตร ตรวจพบทารกเสียชีวิตในครรภ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. อธิบายแนวทางการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยให้หญิงตั้งครรภ์และสามีทราบ เมื่อได้รับความยินยอม จึงให้หญิงตั้งครรภ์และสามีลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. หญิงตั้งครรภ์และสามี ทำแบบทดสอบ

ความรู้และทัศนคติ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

3. ให้สุศึกษาหญิงตั้งครรภ์และสามี เป็นกลุ่มแบ่งกลุ่มตามช่วงอายุครรภ์ใกล้เคียงกัน กลุ่มละไม่เกิน 14 คน โดยวิธีการบรรยาย การอภิปราย การสาธิต ฝึกปฏิบัติออกกำลังกาย และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีโปสเตอร์ หุ่นจำลอง วีดิทัศน์ เป็นสื่อการสอน ระยะเวลาการสอนแต่ละครั้งประมาณ 30 นาทีตามแผนการสอนสุศึกษาดังนี้

3.1 อายุครรภ์ < 28 สัปดาห์ สอน การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ การดูแลปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ การใช้ยา การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ โภชนาการ การดูแลสุขภาพฟัน รวมทั้งสอนการออกกำลังกายและท่าทางการทรงตัวที่ถูกต้อง

3.2 อายุครรภ์ 28 – 36 สัปดาห์ สอนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การดูแลปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ ในช่วงอายุครรภ์นี้ การเตรียมตัวสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การนับเด็กดิ้น

3.3 อายุครรภ์ > 36 สัปดาห์ สอนการ

ดูแลตนเองและการเตรียมตัวสำหรับการคลอด สัญญาณเตือนคลอด การคลอดบุตรวิธีต่าง ๆ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

4. หญิงตั้งครรภ์และสามีทำแบบประเมินความพึงพอใจหลังจากได้รับสุศึกษาทุกครั้ง

5. หญิงตั้งครรภ์และสามีทำแบบทดสอบความรู้และทัศนคติ (เดิม) หลังคลอดบุตร

6. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลทางสถิติศาสตร์การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired sample t-test

ผลการศึกษา

ผู้รับบริการฝากครรภ์รายใหม่ในช่วงรับสมัครผู้เข้าในการวิจัยมี 246 คน หญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มสุศึกษา 69 คน แล้วตัดออกตามเกณฑ์คัดออกจากกลุ่มสุศึกษา 12 คน ฉะนั้นมีหญิงตั้งครรภ์ที่สามีมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ 57 คน คิดเป็นร้อยละ 23.2 ของผู้รับบริการฝากครรภ์รายใหม่ทั้งหมด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์และสามีจำแนกตามอายุ อาชีพ การสุศึกษา

		หญิงตั้งครรภ์		สามี	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)	< 20	9	15.8	2	3.5
	21 – 25	27	47.4	16	28.1
	26 – 30	12	21.0	18	31.6
	31 – 35	8	14.0	21	36.8
	> 36	1	1.8	0	0
อาชีพ	แม่บ้าน/ พ่อบ้าน	16	28.1	0	0
	ค้าขาย	2	3.5	2	3.5
	รับจ้างในแหล่งอุตสาหกรรม	36	63.1	50	87.7
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	5.3	5	8.8
การสุศึกษา	ประถมศึกษา	16	28.1	6	10.5
	มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษา	15	26.3	12	21.0
	ตอนปลาย / ปวช.	16	28.1	31	54.4
	อนุปริญญาและปวส.	6	10.5	7	12.3
	ปริญญาตรี	4	7.0	1	1.8

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์จำแนกตามข้อมูลทางสูติศาสตร์

ข้อมูลทางสูติศาสตร์		จำนวน (คน)	ร้อยละ
การตั้งครรภ์	ครรภ์แรก	38	66.7
	ครรภ์หลัง	19	33.3
ลักษณะครรภ์	ครรภ์เดี่ยว	47	82.5
	ครรภ์แฝด	10	17.5
การฝากครรภ์ครบเกณฑ์ 4 ครั้ง	ครบ	55	96.5
	ไม่ครบ	2	3.5
วิธีการคลอดบุตร	คลอดปกติทางช่องคลอด	44	77.2
	คลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ	5	8.8
	ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง	8	14.0

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสูติศาสตร์

หญิงตั้งครรภ์ทุกคนไม่มีอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ ไม่พบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากการตรวจเลือด ไม่พบโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

2. ข้อมูลน้ำหนักและภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

ทารกเกิดมีชีพ 57 คน ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมจำนวน 2 คน ทารกมีค่า APGAR score ที่ 1 นาทีกว่า 7 หรือต่ำกว่า จำนวน 2 คน ดังนั้นอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเท่ากับ ร้อยละ 3.5 และอัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เท่ากับ

35.1 : 1000 การเกิดมีชีพ

3. ข้อมูลความรู้ ทักษะการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์และสามี

ความรู้ และทัศนคติก่อนได้รับสุศึกษาที่หญิงตั้งครรภ์และสามีตอบถูกต้องน้อยที่สุด คือ ขณะตั้งครรภ์ เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ทารกในครรภ์ดิ้นอย่างน้อย 10 ครั้ง ต่อวัน และ มีความเข้าใจว่าการสวมเสื้อผ้ารัดตัวตามสมัยนิยมที่ยึดได้บ้างไม่มีผลเสียต่อการตั้งครรภ์ เท่ากับ ร้อยละ 56.5 และ 62.3 ของหญิงตั้งครรภ์และสามีที่ทำแบบทดสอบก่อนการให้สุศึกษา 69 คู่ ตามลำดับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์และสามีระหว่างก่อนและหลังการให้สุศึกษา

ความรู้และทัศนคติ	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value
คะแนนความรู้ก่อนให้สุศึกษา	11.3	2.4		
คะแนนความรู้หลังให้สุศึกษา	16.3	2.2	-14.0	0.000
คะแนนทัศนคติก่อนให้สุศึกษา	12.8	2.4		
คะแนนทัศนคติหลังให้สุศึกษา	17.9	2.2	-11.8	0.000

5. ข้อมูลความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และสามีต่อรูปแบบการให้สุขศึกษา

ตารางที่ 4 คะแนนความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และสามีหลังการให้สุขศึกษา

การให้สุขศึกษา	คะแนนความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล(ระดับ)
อายุครรภ์ < 28 สัปดาห์	3.4	0.3	มาก
อายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์	3.6	0.3	มาก
อายุครรภ์ > 36 สัปดาห์	3.5	0.4	มาก
การออกกำลังกาย อายุครรภ์ ๑๖-๒๘ สัปดาห์	3.3	0.3	มาก

วิจารณ์

ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์และสามีเปรียบเทียบกับข้อมูลสถิติหญิงตั้งครรภ์และสามีที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ปี พ.ศ. 2547² พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะคล้ายกัน ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ทำงานรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม มีรายได้ 7,500 – 10,000 บาทต่อเดือน สามีของหญิงตั้งครรภ์มาร่วมฟังสุขศึกษาได้ เมื่อเสร็จงานที่ทำกลางคืนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งน่าจะอนุมานได้ว่าสามีของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้มีความสนใจด้วยตัวของตนเองด้วย แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์และสามี จะได้รับการสอนสุขศึกษาแต่ก็ยังพบว่ามีการฝากครรภ์ ไม่ครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 3.5 เนื่องจากกลับต่างจังหวัดทำธุระสำคัญ

การสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์และสามี เกิดความคิดความเชื่อใหม่ หรือโยกคลอนความเชื่อเดิม อันจะนำไปสู่การมีทัศนคติที่ถูกต้องตามมา พบว่า คะแนนความรู้ และทัศนคติ ของหญิงตั้งครรภ์และสามีหลังการให้สุขศึกษา สูงกว่าก่อนการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $P < .05$ เนื้อหาความรู้ล้วนมีความสำคัญ ตรงกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และสามี ซึ่งสามารถนำมาปฏิบัติได้ วิธีการสอนบรรยายแบบพูดคุยมีปฏิสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสาธิตด้วยหุ่นจำลอง โปสเตอร์ ชมวีดิทัศน์และการ

ปฏิบัติจริงร่วมด้วย ในระยะเวลาที่เหมาะสม ทำให้หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความสนใจตลอดเวลา

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sukomal P. และคณะ³ พบว่าหญิงตั้งครรภ์และสามี 48 คู่ซึ่งเป็นกลุ่มศึกษา มีคะแนนความรู้ และทัศนคติหลังได้รับสุขศึกษามากกว่าก่อนได้รับสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หญิงตั้งครรภ์และสามี 52 คู่ ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับการสอนสุขศึกษา) มีคะแนนความรู้และทัศนคติทั้ง 2 ครั้งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งพบว่า สามีของกลุ่มที่ได้รับสุขศึกษาได้นำความรู้ไปปฏิบัติกับหญิงตั้งครรภ์และส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตนให้ถูกต้องมา ว่าสามีของกลุ่มที่ไม่ได้รับสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ Abundis R. และคณะ⁴ เกี่ยวกับการรูปแบบการให้สุขศึกษาในหญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่ม พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนที่ดี และมีข้อเสนอแนะว่าควรให้สามีของหญิงตั้งครรภ์เข้าร่วมฟังด้วยจะเกิดผลดีมากขึ้น สามีลดการสูบบุหรี่ลง ช่วยดูแลและส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ให้ปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม และมีความรู้พอที่จะเป็นที่ปรึกษาของหญิงตั้งครรภ์ ในกรณีฉุกเฉินที่ต้องตัดสินใจในการรักษาทันที

การศึกษาของ Nichols⁵ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามีที่ได้รับการสอนสุขศึกษา กับ กลุ่มที่มีแต่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสอนสุขศึกษา

พบว่า กลุ่มสามีที่ได้รับสุขศึกษามีระดับความรู้มากกว่าอีกกลุ่ม และให้ความสนใจดูแลหญิงตั้งครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดมากกว่าแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มสามีที่ได้รับสุขศึกษาจะมีความสนใจศึกษา หาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด

ข้อมูลสถิติ หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์และคลอดบุตรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ² ในช่วงระยะเวลาเดียวกันกับการทำวิจัย ซึ่งไม่รวมในคลินิกพ่อแม่คนเก่ง 17³ คน พบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 6.4 และอัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 17.3 : 1000 การเกิดมีชีพ ปัจจัยที่ทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย^{6,7} เช่น การคลอดก่อนกำหนด ครรภ์แฝด ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มน้ำ การเดินทาง การทำงาน ความสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และพันธุกรรม ปัจจัยดังกล่าวไม่สามารถควบคุมได้ในการทำวิจัยจากผลการศึกษา พบ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 3.5 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่รวมในคลินิกพ่อแม่คนเก่ง ซึ่งอาจเนื่องจาก กลุ่มศึกษามีความเอาใจใส่ต่อการดูแลครรภ์ ได้นำความรู้ด้านโภชนาการที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม หรืออาจเป็นจากขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไปก็ได้

การศึกษาโดยนำข้อมูลจากงานวิจัยหลายๆ งานมารวมกันและวิเคราะห์ใหม่ (meta-analysis) ของ WHO พบว่า การให้ความรู้ทางโภชนาการแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถสรุปได้ว่ามีประโยชน์หรือไม่ต่อมารดา และน้ำหนักทารกแรกเกิด⁸

จากผลการศึกษา อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 35.1 : 1000 การเกิดมีชีพ ซึ่งมากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่รวมในคลินิกพ่อแม่คนเก่ง ปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน^{9,10} เช่น โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ความผิดปกติของทารกในครรภ์ การใช้สูติศาสตร์หัตถการ ภาวะฉุกเฉิน ชัก มดลูกแตก เป็นต้น ปัจจัยที่สามารถป้องกัน แก้ไขได้ ก็สามารถที่จะนำความรู้ดังกล่าวสอนแต่ หญิงตั้งครรภ์และสามี ส่วนที่ป้องกันไม่ได้ ต้อง

พัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความรู้ การตัดสินใจ ปฏิบัติการที่ทันทั่วถึง และเหมาะสมกับกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ ฉะนั้น จึงไม่สามารถสรุปได้โดยตรงว่าการได้รับสุขศึกษามีผลต่อการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้สุขศึกษา ในระดับมากทุกเรื่อง ซึ่งน่าจะอธิบายได้ว่า เนื้อหาทุกเรื่องจัดในรูปแบบการให้สุขศึกษา มีความสำคัญและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ตรงกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และสามี วิธีการสอนเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการสอนเป็นกลุ่มมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์และสามีนำประสบการณ์เดิมของตนเองมาแลกเปลี่ยนจนพัฒนาให้เกิดความรู้ใหม่ มีการใช้สื่อที่เหมาะสมช่วยให้สามารถสอนเนื้อหาได้ครบในเวลาที่กำหนด การออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์จะช่วยฝึกการหายใจ มีผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการคลอดบุตรทางช่องคลอด ลดความกังวลได้ โดยจะพบว่าการคลอดปกติทางช่องคลอดในการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 77.2 การคลอดผิดปกติเป็นการดูแลตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

สรุปและข้อเสนอแนะ

คลินิกพ่อแม่คนเก่งเป็นรูปแบบการให้สุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ และสามี ที่เสริมขึ้นจากคลินิกฝากครรภ์ปกติ โดยมีเนื้อหาเฉพาะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ปกติ พบว่าหญิงตั้งครรภ์และสามีมีความรู้ ทักษะคิด ในการดูแลตั้งครรภ์ และการคลอด มากกว่าก่อนให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 3.5 อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 35.1 : 1000 การเกิดมีชีพ หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความพึงพอใจมากกับรูปแบบการให้สุขศึกษานี้ งานวิจัยนี้ตระหนักถึงความสำคัญของสามี ที่มีส่วนช่วยในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ โดยผ่านทางการให้สุขศึกษา ฉะนั้นจึงน่าจะนำไปปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุขอื่น โดยสนับสนุนให้มีผู้ร่วมในโครงการมากขึ้น และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ ต่อทารกแรกเกิด หรือด้าน

จิตใจ ทักษะการปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์และสามี จาก การให้สุขศึกษาระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีและไม่มีสามี เข้าร่วมฟังสุขศึกษา รวมทั้งน่าจะมีการศึกษารูปแบบ การให้สุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม ขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 3 ที่ สนับสนุนการทำวิจัย คุณรัตนา เพชรพรรณ คุณควรพิศ สายภัทรานุสรณ์ ที่ให้คำชี้แนะ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ทุกท่านที่ได้สละเวลาเข้าร่วมประชุม และสอนสุขศึกษาในโครงการจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ข้อมูลอนามัยแม่และเด็กประเทศไทย 2545. กรม อนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- สถิติประจำปี 2546 และ 2547. รายงานผลงานและ สถิติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3
- Sukomol P, Sukomol C, Luxitanonta K, Monswasdi P. The effectiveness of social support from husband on Pre-natal care, post-natal care and child health care of health promotion center region 4 . Ratchaburi: World Health Organization; 1991.
- Abundis R, Abernathy M, Ghee A, Durazo L, Luna RA. The use of focus groups in developing prenatal health education materials. Food and nutrition bulletin 1990 June [cited 2005 APR 1]; 12(2): [9 screens]. Available from: <http://www.Unu.edu/unupress/food>.
- Nichols MR. Adjustment to new parenthood : attenders versus nonattenders at prenatal education classes.Birth 1995;22(1):21-6.
- Chumnijarakij T, Chitinand S, Quamkul N, Viputsiri O, Limpongsanurak S, Thaineau V, et al. Maternal risk factors for low birth weight newborns in Thailand. J Med Assoc Thai 1992; 75:578-583.
- นฤฤทธิ์ อันพร้อม. การศึกษาย้อนหลังสิบสามปี เกี่ยวกับทารกน้ำหนักตัวน้อยที่โรงพยาบาลพระ- นังเกล้า. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2537;33: 181-91.
- The WHO Reproductive Health Library, No 3. Geneva: World Health Organization, 2000
- เยื่อน ตันนรินทร์. ภาวะแอสฟิกเซียในระยะเจ็บครรภ์ คลอดและเมื่อแรกเกิด. ใน : นเรศร สุขเจริญ. บรรณาธิการ. Theme “New Trends in O&G”. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์, 2548: 93-102.
- Pelowski A, Finer NN. Birth asphyxia in the term infant. In: Sinclair J, Lucey J, editors. Effective care of the newborn infant. Oxford : Oxford University Press, 1992:263-6.