

27 ส.ค. 2532

ผลของโครงการบัตรสุขภาพที่มีต่อการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก
และการวางแผนครอบครัวในระดับตำบลจังหวัดลำปาง

EFFECT OF HEALTH CARD PROGRAMME ON MATERNAL AND CHILD HEALTH
AND FAMILY PLANNING SERVICES IN DISTRICT OF LAMPANG PROVINCE



สำนักหอสมุด

อรนุช โอภาสเสถียร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2530

อภินันทนาการ

จาก

บัณฑิตวิทยาลัย ม. มหิดล

15479

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโครงการบัตรสุขภาพที่มีต่อการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก
และการวางแผนครอบครัวระดับตำบลจังหวัดลำปาง

.....
.....

อรนุช โอภาสเสถียร

ผู้วิจัย

.....

สมศักดิ์ สุกตน์วรวิ. พ.บ.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

วินิต พัวประดิษฐ์, พ.บ., M.P.H.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

อุทัย สิริวัฒนันท์, M.P.H.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

สุมาลี สิงหนิยม, M.Sc. (Biostatistics)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

มนตรี จุลลภัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

กำแหง จาตุรจินดา, M.B., Ch.B., F.R.C.O.G.

หัวหน้าภาควิชา

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโครงการบัตรสุขภาพที่มีต่อการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก
และการวางแผนครอบครัวระดับตำบลจังหวัดลำปาง

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร

วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2531

.....
.....

อรนุช โอภาสเสถียร

ผู้วิจัย

.....

สมศักดิ์ สุกตน์วรวิ, พ.บ.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

วินิต พัวประดิษฐ์, พ.บ., M.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

อุทัย สิริวัฒนันท์, M.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

สุมาลี สิงหนิยม, M.Sc.(Biostatistics)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, M.B., B.S., F.R.C.P.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	อรนุช โอภาสเสถียร
วัน เดือน ปีเกิด	18 พฤษภาคม 2499
สถานที่เกิด	ลำปาง
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลสภราชประชา
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูร โอสถานนท์ รองศาสตราจารย์นายแพทย์กำแหง จาตุรจินดา ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุวัชัย อินทรประเสริฐ และคณาจารย์ของภาควิชาสุติศาสตร์-นรีเวชวิทยาทุกท่าน ที่กรุณาให้ความรู้อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งและเป็นแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ สุกต์นักรวณ ที่ให้ความกรุณาให้คำแนะนำปรึกษาในการศึกษาค้นคว้าอย่างดียิ่ง อันเป็นผลให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ และขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์วินิต นั้วประดิษฐ์ คุณอุทัย สิริวัฒนานันท์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุมาลี สิงหนิยม ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการตรวจแก้ไข ให้ข้อคิดเห็นอย่างดียิ่ง

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ของสถานที่ราชการต่างๆ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลแจ้ห่ม สถานีอนามัยตำบลแม่สูก สถานีอนามัยตำบลบ้านสา และที่ว่าการอำเภอแจ้ห่ม จังหวัดลำปาง รวมทั้งท่านอื่นๆที่ได้ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจ ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้ด้วย

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากทุนอาชวทิศ - ศิริรัตน์ (มูลนิธิรามาชิตี) ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในบุญคุณของทุกท่าน จึงใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

อรนุช โอภาสเสถียร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ข
บทที่	
1 บทนำ	1
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
3 วิธีดำเนินงานวิจัย	37
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	41
5 การอภิปรายผลข้อมูล	103
6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	114
บรรณานุกรม	119
ภาคผนวก	122

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโครงการบัตรสุขภาพที่มีต่อการรับบริการอนามัยแม่และเด็กและ
การวางแผนครอบครัวระดับตำบลจังหวัดลำปาง

ชื่อผู้วิจัย อรุณช โอภาสเสถียร

ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

 สมศักดิ์ สุทัศน์วรุณ, พ.บ., ผู้ช่วยศาสตราจารย์
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

 วินิต พัวประดิษฐ์, พ.บ., M.P.H., รองศาสตราจารย์
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

 อุกฤษ ลิขิตวัฒนันท์, M.P.H.
 ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

 สุมาลี สิงหนิยม, วทม. (ชีวสถิติ)
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่สำเร็จการศึกษา 23 กุมภาพันธ์ 2531

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโครงการบัตรสุขภาพที่มีต่อ
งานอนามัยแม่และเด็ก ในเรื่องการใช้บริการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
โดยการศึกษาเปรียบเทียบการใช้บริการเหล่านี้ ในระยะก่อนที่จะมีโครงการกับระยะที่มี
โครงการ ระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพกับผู้ที่ไม่มียบัตรสุขภาพ ระหว่างตำบลที่มีโครงการ
บัตรสุขภาพ กับตำบลที่ไม่มีโครงการบัตรสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study)
แบบ Case - control study ตำบลที่ศึกษาได้เลือก ตำบลแม่สุก อำเภอแจ้ห่ม
จังหวัดลำปาง ส่วนตำบลควบคุมได้เลือกตำบลบ้านสา อำเภอแจ้ห่มจังหวัดลำปาง โดย

พิจารณาแล้วว่า ตำบลทั้ง 2 มีความคล้ายคลึงกันในด้านภูมิประเทศและความเป็นอยู่ของประชาชน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ตำบลได้แก่ มารดาและบุตรของตำบลบ้านสาและตำบลแม่สุก อำเภอแจ้ห่ม จังหวัดลำปาง ที่คลอดระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2526 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2529 จำนวนทั้งสิ้น 600 รายโดยแบ่งเป็นกลุ่มมารดาและบุตรในตำบลแม่สุก 360 ราย และมารดาและบุตรในตำบลบ้านสา 240 ราย สำหรับผู้ที่มีบัตรสุขภาพตลอดระยะเวลา 2 ปีของโครงการ คือ วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2527 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2529 ของตำบลแม่สุกมี 95 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งใช้เวลาเก็บข้อมูลประมาณ 3 เดือนในช่วงเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2530 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ Chi - square และ Discriminant Analysis การทดสอบทางสถิติใช้ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ขึ้นไป ผลการศึกษานับดังนี้

1) ผลงานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ระยะก่อนมีโครงการกับระยะหลังของการมีโครงการของตำบลศึกษา

1.1.) ตัวแปรที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้วยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เมื่อปีที่ 1 ของโครงการ ได้แก่ จำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์ และการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค

1.2.) ตัวแปรที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้วยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เมื่อปีที่ 2 ของโครงการได้แก่ อายุของมารดา อายุครรภ์ที่มาตรวจครั้งแรก ชนิดของการคลอดและการตรวจหลังคลอด

จะเห็นได้ว่าการรับบริการส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงไม่เท่ากัน ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ระยะเวลาดำเนินการเป็นโครงการใหม่ ประชาชนบางส่วนยังไม่ให้ความสนใจเท่าที่ควร การคมนาคม การดูแลเอาใจใส่ตนเอง ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการศึกษาและเศรษฐกิจสังคม

2) ผลงานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ระหว่างตำบลศึกษากับตำบลควบคุม ในระยะเวลาเดียวกัน

2.1.) ตัวแปรที่ตำบลศึกษามีการเปลี่ยนแปลงดีกว่าตำบลควบคุม ได้แก่ สถานที่รับภูมิคุ้มกันโรค และอายุครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ครั้งแรก

2.2.) ตัวแปรที่ตำบลควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่าตำบลศึกษา ได้แก่ การตรวจครรภ์ สถานที่ตรวจครรภ์ ระยะเวลาที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอด และการได้รับวัคซีนป้องกัน คอตีบ ไอกรณ บาดทะยักและโปลิโอ การที่ผลงานอนามัยแม่และเด็กบางอย่างของตำบลควบคุมดีกว่าตำบลศึกษา อาจเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจ และสังคม การคมนาคม ปัจจัยด้านการทำงานของบุคคลในแต่ละตำบล

3) ผลงานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ระหว่างผู้ที่มีบุตรสุภาพกับผู้ที่ไม่มียุบุตรสุภาพในตำบลเดียวกันและตำบลควบคุม

ผู้ที่มีบุตรสุภาพมีลักษณะการรับบริการอนามัยแม่และเด็กดีกว่า ผู้ที่ไม่มียุบุตรสุภาพในตำบลเดียวกันกับตำบลควบคุม กล่าวคือ อายุน้อยกว่า ลำดับครรภ์น้อยกว่า น้ำหนักแรกคลอดทารกมากกว่า การมารับบริการตรวจครรภ์ การมาตรวจครรภ์ในไตรมาสแรกเพิ่มขึ้น และการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีบุตรสุภาพต้องการใช้สิทธิของตน นอกจากนี้ผู้ที่มีบุตรสุภาพอาจจะมีลักษณะอื่นต่างจากผู้ที่ไม่มียุบุตรสุภาพ เช่น เป็นผู้ที่ค่อนข้างทันสมัย มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า จึงทำให้มาใช้บริการการแพทย์มากกว่าและมีผลการตั้งครรภ์ดีกว่าผู้ที่ไม่มียุบุตรสุภาพอย่างชัดเจน

4) สมการที่ได้จากการวิเคราะห์จำแนกประเภท สามารถแยกลักษณะผู้ที่มีบุตรสุภาพกับผู้ที่ไม่มียุบุตรสุภาพ โดยตลอดระยะเวลา 2 ปีของโครงการพบว่า สถานที่ตรวจครรภ์ เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุดในการคัดเลือกผู้ที่มีบุตรสุภาพ รองลงมาคือ อายุมารดา และจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ และสมการสามารถแยกลักษณะได้ถูกต้องร้อยละ 83.8

โครงการบัตรสุภาพในจังหวัดลำปางจึงมีประโยชน์ทำให้ การรับบริการอนามัยแม่และเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตรวจครรภ์ จำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ สถานที่คลอดและการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกันวัณโรคเพิ่มขึ้น แต่ผลงานบางอย่างไม่ดีหรือกลับ

เพิ่มขึ้นน้อยกว่าตำบลที่ไม่มีโครงการ ดังนั้นจึงยังคงมีปัญหาและข้อแก้ไขอีกหลายประการ ที่สำคัญที่สุดคือ การกระตุ้นให้มีผู้มาซื้อบัตรเพิ่มขึ้น ร่วมกับการปรับปรุงสถานบริการ ความสะดวกของการให้บริการเพิ่มขึ้นด้วย ผลการศึกษาสามารถช่วยให้ทั้งผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ประจำสถานบริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ได้ทราบถึงผลการปฏิบัติงานและจะได้นำไปปรับปรุงการให้บริการให้ดีขึ้น และหาทางสนับสนุนงานโครงการบัตรสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น



2

Thesis Title Effect of Health Card Programme on
Maternal and Child Health and Family Planning
in Districts of Lampang Province.

Name Oranoot Opasatian

Degree Master of Science (Human Reproductive and
Population Planning)

Thesis Supervisory Committee

Somsak Suthutvoravut, M.D.
Assistant Professor, Faculty of Medicine,
Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
Vinit Phuapradit, M.D., M.P.H.
Assistant Professor, Faculty of Medicine,
Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
Uthai Siriwatananun, M.P.H.
Health Card Center, Ministry of Public Health.
Sumalee Singhanियom, M.Sc.
Assistant Professor, Faculty of Public Health,
Mahidol University.

Date of Graduation 23 February 1988

ABSTRACT

The objectives of this study are to evaluate the effects of Health Card Programme on Maternal and Child Health and Family Planning Services in districts of Lampang province. By comparing the use of health care services before and after the initiation Health Card Programme, comparing the uses of services among mothers and children who are and are not the members of the Health Card Programme in the districts that have had and do not have the Health card Programme.

This study is a Case - Control Retrospective study. The studied samples were mothers, who had delivered their children between November 1, 1983 to October 31, 1986, of Mae-Suk district which have had the Health Card Programme and Bansa district which do not have the Programme. Both districts are in Amphur Chaehom, Lampang Province. There were overall 600 cases in this study, 360 cases from Mae-Suk district, and 240 cases from Bansa district. Among them, 95 persons in Mae-Suk district were members of the Health Card Programme during the time of the study. The data were collected from reports of deliveries and health services records in the local area. Chi-square test with 95% confidence interval limits and Discriminant Analysis are used to analyze the data.

This study reveals that,

1. The use of Health Care Services before and after the Health Card Programme,
 - 1.1. By the first year of the Health Card Programme, the number of prenatal visits and rate of BCG vaccination increased significantly compared to the time before the programme.
 - 1.2. By the second year of the Health Card Programme, maternal age, gestational age at 1st prenatal visit, type of delivery and post partum visits were significantly improved than those before the programme.
2. Between the studied district and controlled district,
 - 2.1. Rate of vaccination and gestational age at the first prenatal visit in the studied district were better than the controlled district.
 - 2.2. Delivery at Health Center, time of contraceptive practice during post partum period, rate of DPT, OPV vaccination in the controlled district were better than in the studied

district. This may be due to the better level of socioeconomic status, transportation, and health personnels' attitude in the controlled district.

3. Comparing between the mothers who were and were not the members of the Health Card Programme in the studied district, and the controlled district, the members of Health Card Programme were significantly younger, had less parity, more prenatal visits at earlier gestational age and had higher birth weight of their newborns. These are probably due to the effect of card privileges and better attitude and self health care of the mothers.

4. By the use Discriminant Analysis, the most important determinants to determine the mothers who were the members of Health Card Programme were place of prenatal visit, maternal age, numbers of prenatal visits with 83.8 % accuracy.

This study concludes that the Health Card Programme in Lampang improved the Maternal and Child Health and Family Planning Services especially the use of prenatal care, numbers of prenatal visits, the rate of deliveries at Health Center and the rate of BCG vaccination. However, not all the Maternal and Child Health Services were improved homogeneously. Information, Education and Communication to convince all the mothers in the district of the importance and usefulness of the enrollment in the Health Card Programme on their health and outcome of pregnancy will be of utmost importance to improve the health of mothers and children in the community. In addition, improvement of health services in the hospital or local health station will add to the success of the Health Card Programme.

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	อัตราตายในอายุต่ำกว่า 28 วัน (ทารกแรกเกิดตาย) ต่ำกว่า 1 ปี และมารดาตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน พ.ศ. 2518 - 2527	1
ตารางที่ 2	จำนวนผู้ป่วยและตายด้วยโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรนและโปลิโอทั่วประเทศ ปี 2523 - 2527	3
ตารางที่ 3	แสดงอัตราตายและสาเหตุการตายของมารดา 4 ลำดับแรกของประเทศไทย โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และในสหรัฐอเมริกา	4
ตารางที่ 4	ความครอบคลุมบริการอนามัยแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2528 และเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529)	6
ตารางที่ 5	สรุปแนวทางที่ดำเนินงานโครงการับตรสุขภาพระยะที่ 2 จังหวัดลำปาง	19
ตารางที่ 6	ระบบการทำงานโครงการับตรสุขภาพ	24
ตารางที่ 7	ข้อมูลเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรและความเป็นอยู่ของประชาชนทั้ง 2 ตำบล	35
ตารางที่ 8	จำนวนมารดาคลอดในแต่ละปีของตำบลแม่สุก ตำบลบ้านสา จังหวัดลำปาง	38
ตารางที่ 9	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามลำดับครรภ์และระยะเวลาของโครงการ	42
ตารางที่ 10	จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามน้ำหนักแรกคลอดและระยะเวลาของโครงการ	43
ตารางที่ 11	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการตรวจครรภ์และระยะเวลาของโครงการ	43
ตารางที่ 12	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามอายุครรภ์ที่มาตรวจครั้งแรก และระยะเวลาของโครงการ	44

ตารางที่ 13	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามจำนวนครั้งที่มา ตรวจครรภ์ และระยะเวลาของโครงการ	45
ตารางที่ 14	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามสถานที่ตรวจครรภ์ และระยะเวลาของโครงการ	45
ตารางที่ 15	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามชนิดของการคลอด และระยะเวลาของโครงการ	46
ตารางที่ 16	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามสถานที่คลอด และ ระยะเวลาของโครงการ	46
ตารางที่ 17	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ และระยะเวลาของโครงการ	47
ตารางที่ 18	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการคุมกำเนิดหลังคลอด และระยะเวลาของโครงการ	48
ตารางที่ 19	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามวันที่เริ่มคุมกำเนิด หลังคลอด และระยะเวลาของโครงการ	49
ตารางที่ 20	จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามสภาพทั่วไปหลังคลอด และ ระยะเวลาของโครงการ	49
ตารางที่ 21	จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกัน วันโรค และระยะเวลาของโครงการ	51
ตารางที่ 22	จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกัน คอตีบ ไอกรณ บาดทะยักและโปลิโอ และระยะเวลาของโครงการ	51
ตารางที่ 23	จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามสถานที่รับภูมิคุ้มกัน และ ระยะเวลาของโครงการ	52
ตารางที่ 24	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามลักษณะทั่วไป ระยะเวลา ของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษากับตำบลควบคุม	54
ตารางที่ 25	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามลำดับครรภ์ ระยะเวลา ของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษากับตำบลควบคุม	56
ตารางที่ 26	จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามน้ำหนักคลอด ระยะเวลา ของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษากับตำบลควบคุม	57

ตารางที่ 27	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการตรวจครรภ์ ระยะ เวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษากับตำบลควบคุม	59
ตารางที่ 28	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามอายุครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ ครั้งแรก ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษากับ ตำบลควบคุม	60
ตารางที่ 29	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามจำนวนครั้งที่มาตรวจครรภ์ ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษากับตำบลควบคุม	62
ตารางที่ 30	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามสถานที่ตรวจ ระยะเวลา ของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษากับตำบลควบคุม	64
ตารางที่ 31	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามชนิดของการคลอด ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษากับตำบลควบคุม	65
ตารางที่ 32	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามสถานที่คลอด ระยะเวลา ของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษากับตำบลควบคุม	66
ตารางที่ 33	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษา กับตำบลควบคุม	68
ตารางที่ 34	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการคุมกำเนิด ระยะ เวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษากับตำบลควบคุม	69
ตารางที่ 35	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามวันที่เริ่มคุมกำเนิด หลังคลอด ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษา กับตำบลควบคุม	70
ตารางที่ 36	จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกัน วัณโรค ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษากับ ตำบลควบคุม	72
ตารางที่ 37	จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกัน โรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยักและโปลิโอ ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษากับตำบลควบคุม	74
ตารางที่ 38	จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามสถานที่ได้รับภูมิคุ้มกัน ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษากับตำบลควบคุม	75

ตารางที่ 39	จำนวนและร้อยละของมารดาตามลักษณะอายุ ระยะเวลา ของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพกับผู้ที่ไม่มีบัตร สุขภาพ และตำบลควบคุม	77
ตารางที่ 40	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามลำดับครรภ์ ระยะเวลา ของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ และตำบลควบคุม	78
ตารางที่ 41	จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามน้ำหนักแรกคลอด ระยะ เวลาของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ไม่มีบัตร สุขภาพ และตำบลควบคุม	79
ตารางที่ 42	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการตรวจครรภ์ ระยะ เวลาของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ไม่มีบัตร สุขภาพ และตำบลควบคุม	80
ตารางที่ 43	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามอายุครรภ์ที่มาตรวจ ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ ไม่มีบัตรสุขภาพ และตำบลควบคุม	81
ตารางที่ 44	จำนวนและร้อยละของมารดาตามจำนวนครั้งที่มาตรวจครรภ์ ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ ไม่มีบัตรสุขภาพ และตำบลควบคุม	83
ตารางที่ 45	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามสถานที่ตรวจครรภ์ ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ ไม่มีบัตรสุขภาพ และตำบลควบคุม	84
ตารางที่ 46	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามชนิดของการคลอด ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ ไม่มีบัตรสุขภาพ และตำบลควบคุม	85
ตารางที่ 47	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามสถานที่คลอด ระยะ เวลาของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ไม่มีบัตร สุขภาพ และตำบลควบคุม	86

		๓ หน้า
ตารางที่ 48	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการตรวจหลังคลอด ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ ไม่มีบัตรสุขภาพ และตำบลควบคุม	87
ตารางที่ 49	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการคุมกำเนิดหลังคลอด ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ไม่มี บัตรสุขภาพ และตำบลควบคุม	88
ตารางที่ 50	จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามวันที่เริ่มคุมกำเนิด หลังคลอด ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตร สุขภาพ ผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ และตำบลควบคุม	89
ตารางที่ 51	จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกัน วัณโรค ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ และตำบลควบคุม	91
ตารางที่ 52	จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกัน โรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยักและโปลิโอ ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ และตำบลควบคุม	92
ตารางที่ 53	จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามสถานที่รับภูมิคุ้มกัน ระยะเวลา ของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ไม่มีบัตร สุขภาพ และตำบลควบคุม	93
ตารางที่ 54	ค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกลักษณะทั่วไป และลักษณะการได้รับ บริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัวในสมการ จำแนกประเภท	96
ตารางที่ 55	ค่าต่างๆที่ใช้ในการตัดสินใจสมการจำแนกประเภท	97
ตารางที่ 56	ผลของการคาดประมาณโดยสมการจำแนกประเภทที่ได้	97
ตารางที่ 57	ค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกลักษณะทั่วไป และลักษณะการได้รับ บริการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวในสมการ จำแนกประเภท	98
ตารางที่ 58	ค่าต่างๆที่ใช้ในการตัดสินใจสมการจำแนกประเภท	99
ตารางที่ 59	ผลของการคาดประมาณโดยสมการจำแนกประเภทที่ได้	100

		ท หน้า
ตารางที่ 60	ค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกของลักษณะทั่วไป และลักษณะการ ได้รับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัวใน สมการจำแนกประเภท	100
ตารางที่ 61	ค่าต่างๆที่ใช้ในการตัดสินใจสมการจำแนกประเภท	102
ตารางที่ 62	ผลของการคาดประมาณโดยสมการจำแนกประเภทที่ได้	102



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันนี้ ปัญหาเกี่ยวกับการตายของแม่และเด็กยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขอยู่ เพราะอัตราตายของแม่และเด็กจะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงสุขภาพของผู้เป็นแม่และเด็กในประเทศนั้นๆ (1) ในปีหนึ่งๆ ประมาณว่ามีผู้หญิงประมาณ 500,000 คน ต้องเสียชีวิต เนื่องจากการตั้งครรภ์ และมีการตายปริกำเนิดของทารกกว่า 5,000,000 คน ส่วนใหญ่เกิดในประเทศกำลังพัฒนา และพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ประมาณ 1 ใน 5 ถึง 1 ใน 2 จะเสียชีวิตในช่วง 1 เดือนแรกหลังคลอด และสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตส่วนใหญ่ เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อย การได้รับอันตรายขณะคลอด และขาดทักษะ (2)

จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยรวบรวมข้อมูลจากรายงานการตาย (แบบ 1202 รง. 517/2) และรายงานการตายในอายุต่ำกว่า 1 ปี (แบบ 1202 รง. 517/3) ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานอนามัยกรุงเทพ จัดส่งให้กองสถิติสาธารณสุขเป็นรายเดือน มีรายละเอียดตาม ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราตายในอายุต่ำกว่า 28 วัน (ทารกแรกเกิดตาย) ต่ำกว่า 1 ปี และ มารดาตาย ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน พ.ศ. 2518 -2527 (3)

ปี	การตาย ปริกำเนิด	การตาย ต่ำกว่า 28 วัน	การตาย ต่ำกว่า 1 ปี	มารดาตาย
2518	4.6	6.3	26.0	1.7
2519	6.0	8.6	25.5	1.5
2520	4.5	5.4	16.2	1.3
2521	4.8	6.2	16.6	1.3
2522	4.5	5.4	14.2	1.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปี	การตาย ปริกำเนิด	การตาย ต่ำกว่า 28 วัน	การตาย ต่ำกว่า 1 ปี	มารดาตาย
2523	4.3	5.3	13.3	1.0
2524	4.2	5.1	12.5	0.8
2525	4.3	4.9	12.4	0.7
2526	4.0	5.0	12.4	0.6
2527	4.2	5.0	11.3	0.5

แหล่ง : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข จะเห็นว่าแนวโน้มของการตายได้ลดลงตามลำดับ แต่เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างเช่น สหรัฐอเมริกา ใน พ.ศ. 2523 พบอัตราตายของมารดาเป็น 0.09 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน ซึ่งต่ำกว่าอัตราที่พบในประเทศไทยในปี 2527 ถึง 5 เท่า (4)

สาเหตุการตายของทารกนั้น พบว่า โรคติดเชื้อและรูปร่างผิดปกติกำเนิดเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของทารก และสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกตายตั้งแต่เดือนแรก คือ สาเหตุบางอย่างทางพยาธิสภาพและมฤตภาพที่เกี่ยวกับการคลอด ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตายของทารก ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้มาก ดังเช่น การศึกษาของ สุนิต เฒ่าสวัสดิ์ และเกริกไกร หะชะนี (5) พบว่า มีเด็กทารกเกิดไว้ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ศึกษาทั้งหมด 116 ราย ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 22.9 เป็นทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่เคยมาตรวจครรภ์เลย ส่วนอีกร้อยละ 39.0 เป็นทารกที่คลอดจากมารดาที่เคยมาตรวจครรภ์ 1 - 3 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่า การไม่ฝากครรภ์ ฝากครรภ์ช้า ฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง พบว่ามีการเกิดไว้ซึ่งสูงกว่าผู้ที่มาฝากครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรก และฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง (6,7,8,9)

จะเห็นได้ว่าในแต่ละปีมีเด็กที่ป่วยด้วย โรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และโปลิโอประมาณ 5,000-7,000 รายและในจำนวนนี้ จะเสียชีวิตประมาณ 100-400 ราย ซึ่งทั้งหมดนี้สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยและตายด้วยโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยักและโปลิโอทั่วประเทศ
ปี 2523 - 2527 (10)

ปี	2523		2524		2525		2526		2527	
โรค	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
คอตีบ	1918	119	794	61	1125	71	1038	74	1021	42
ไอกรน	4820	8	2944	3	3448	3	4846	6	4060	6
บาดทะยัก	664	166	630	159	677	150	566	122	548	107
โปลิโอ	299	111	257	5	276	2	144	2	81	2
รวม	7701	440	4625	228	5526	226	6594	204	5710	157

แหล่ง : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (11) พบรายละเอียดการป่วยตายด้วยโรคต่าง ๆ ดังนี้

- บาดทะยักในเด็กแรกเกิดยังเป็นปัญหาสำคัญ แม้ว่าอัตราการเกิดจะลดลงจาก 85.2 ต่อ 100,000 ในปี 2521 เป็น 57.3 ต่อ 100,000 ในปี 2527 แต่ในปี 2527 มีอัตราป่วยตาย ร้อยละ 19.5

- คอตีบ อัตราป่วยลดลงมาเป็น 2 ต่อ 100,000 ตั้งแต่ ปี 2525 และคงที่ อัตราป่วยตาย ร้อยละ 4.1 อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี โดยเฉพาะต่ำกว่า 1 ปี

- ไอกรน ใน พ.ศ. 2527 มีอัตราป่วยตาย 8.06 ต่อ 100,000 อัตราป่วยตายร้อยละ 0.15 และผู้ป่วย ร้อยละ 90.0 อยู่ในกลุ่มอายุ 0 - 9 ปี

- โปลิโอ อัตราป่วยตายลดลงโดยลำดับ ตั้งแต่ พ.ศ. 2523 และในปี 2527 มีรายงานต่ำสุด คือ มีผู้ป่วยเพียง 81 ราย เสียชีวิต 2 ราย อัตราป่วยลดลงอย่างชัดเจนในเด็กอายุ 0 - 4 ปี

สำหรับการตายของมารดา 4 ลำดับแรกของประเทศไทย เปรียบเทียบใน พ.ศ. 2511 - 2512 , พ.ศ. 2513 - 2515 และ พ.ศ. 2522 - 2526 และที่โรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2508 - 2522 และที่โรงพยาบาลรามาธิบดีใน พ.ศ. 2512 - 2525 (4) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงอัตราตายและสาเหตุการตายของมารดา 4 ลำดับแรก ของประเทศไทย โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และในประเทศสหรัฐอเมริกา

อัตราตายของมารดา ต่อ การเกิดมีชีวิต 1,000		สาเหตุการตายมารดา 4 ลำดับแรก
ประเทศไทย		
พ.ศ. 2511 - 2512	2.6	1. ตกเลือดหลังคลอด 2. แท้งบุตร 3. ติดเชื้อจากการคลอด 4. Pre - eclampsia, Eclampsia
พ.ศ. 2513 - 2517	1.9	1. ตกเลือดหลังคลอด 2. แท้งบุตร 3. Pre - eclampsia, Eclampsia 4. ติดเชื้อจากการคลอด
พ.ศ. 2522 - 2526	0.8	1. ตกเลือดหลังคลอด 2. แท้งบุตร 3. Pre - eclampsia, Eclampsia 4. การติดเชื้อจากการคลอด

จากตารางข้างบนนี้ จะเห็นว่า การตกเลือดหลังคลอดนับเป็นปัญหาสำคัญ ที่พบได้ตลอดมา การตกเลือดจากการคลอด อาจเกิดก่อน หรือหลังรกคลอดก็ได้ แนวทาง แก้ไขปัญหานี้ ได้แก่ การดูแลฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ และมีประสิทธิภาพ การให้ลูกศึกษา คำแนะนำ และโภชนาการ การแก้ไขและรักษาภาวะโลหิตจาง การดูแลเป็นพิเศษใน มารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง เป็นต้น (4)

จากสาเหตุการตายของแม่และเด็ก ที่ได้กล่าวมาข้างต้นนี้จะเห็นได้ว่าการ ตายสืบเนื่องมาจากการให้บริการยังครอบคลุมไม่ทั่วถึง ประชาชนในชนบทยังไม่ตระหนักถึง ความสำคัญ และความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลงานด้าน ออนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุขที่รวบรวมจาก รง. 401 และ รง. 402 ของจังหวัดต่างๆทั่วประเทศ พบว่า ความครอบคลุมของ บริการอนามัยแม่และเด็กและบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ใน พ.ศ. 2528 มีรายละเอียดตาม ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความครอบคลุมบริการอนามัยแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2528 และเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 (2525-2529)

ชนิดของการรับบริการ	เป้าหมายแผน 5 (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)
การดูแลก่อนคลอด 4 ครั้ง หรือ มากกว่า	70	67.3
คลอดโดยเจ้าหน้าที่และผดุงครรภ์ โบราณที่ได้รับการอบรมแล้ว	50	59.1
บาดเจ็บในหญิงมีครรภ์ 2 ครั้ง	60	48.2
การให้ภูมิคุ้มกันโรคเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี		
- วัณโรค	80	79.5
- คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก 3 ครั้ง	80	62.4
- โปลิโอ 3 ครั้ง	80	64.8

แหล่ง : นันทา อ่วมกุล. ปัญหาและสภาพอนามัยแม่และเด็ก ปี 2526 : 5.

จากรายละเอียดทำให้เห็นว่า อัตราการขาดการรับวัคซีน สำหรับวัคซีนที่ต้องได้รับเกิน 1 ครั้งยังสูงอยู่เช่นเดียวกับอัตราการดูแลก่อนคลอด 4 ครั้งหรือมากกว่าก็ยิ่งต่ำกว่าเป้าหมาย ถึงแม้ว่าจะมีหญิงมีครรภ์จำนวนไม่น้อยได้รับการดูแลก่อนคลอด 4 ครั้งหรือมากกว่าแต่ อาจจะอยู่เฉพาะในระยะใดระยะหนึ่งของการตั้งครรภ์เท่านั้น และมักจะมาตรวจครรภ์ครั้งแรกเมื่อตั้งครรภ์ระยะที่ 2 หรือ 3 แล้ว (11)

จากสาเหตุการตายของแม่และเด็ก และปัญหาความครอบคลุมของงานอนามัยแม่และเด็กที่ยังต่ำอยู่ ทำให้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพิจารณาให้บริการด้านสาธารณสุข แก่กลุ่มเป้าหมายหลักอันได้แก่ กลุ่มผู้ที่กำลังเป็นและจะเป็นแม่ เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล งานโครงการบัตรสุขภาพ กำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2526 (12) ซึ่งพัฒนาจากหลักการพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนและองค์กรชุมชน มีส่วนร่วมรับผิดชอบดำเนินงานบริหารจัดการโดยใช้ค่ายุทธทรัพย์ ที่รวบรวมไปจากสมาชิกในชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัย ใช้สำหรับอนุเคราะห์ครอบครัวที่ยากไร้ รายได้ส่วนหนึ่งนั้นนำไปชดเชยสถานบริการสาธารณสุขที่สมาชิกผู้เจ็บป่วยได้ไปขอใช้บริการ และใช้เป็นค่าบริหารจัดการขององค์กรชุมชนนั่นเอง

จังหวัดลำปางก็ได้เริ่มเปิดดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพในระยะที่ 2 นี้ โดยเริ่มดำเนินงานเมื่อ เดือนตุลาคม 2527 ทุกหมู่บ้านใน 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลเถินบุรี อำเภเถิน ตำบลแม่สุก อำเภแจ้ห่ม และตำบลบ้านแหง อำเภองาว ปัจจุบันกำลังอยู่ในโครงการระยะที่ 3 (2528 - 2530) เป็นระยะการขยายงาน หลังจากที่ได้ดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา ยังไม่ได้มีการประเมินผลการดำเนินงานที่มีต่อการรับบริการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวในท้องที่ที่มีโครงการเลย ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าน่าจะมีการประเมินผล ทั้งนี้เพื่อจะได้ทราบว่า โครงการนี้ประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด และจะได้นำผลที่ได้ไปพิจารณาปรับปรุงปฏิรูปโครงการซึ่งยังคงดำเนินต่อเนื่องในขณะนี้ให้ดีขึ้น

1.2 คำถามที่ต้องการวิจัยหาคำตอบ

1.2.1 ผลงานอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัว ของตำบลที่มีโครงการบัตรสุขภาพในจังหวัดลำปาง มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไร เมื่อเทียบกับระยะที่ยังไม่มีโครงการ

1.2.2 ผลงานอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัว ระหว่างตำบล ที่มีบัตรสุขภาพ และไม่มีบัตรสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่ ในระยะเวลาเดียวกัน

1.2.3 ผลงานอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัวระหว่างมารดาและเด็กที่มีบัตรสุขภาพกับมารดาและเด็กที่ไม่มีบัตรสุขภาพในตำบลเดียวกันแตกต่างกันหรือไม่

1.2.4 มารดาและเด็กที่มีหรือไม่มีบัตรสุขภาพ สามารถจำแนกด้วย ลักษณะการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัวได้หรือไม่อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราการรับบริการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวในตำบลจังหวัดลำปางก่อนและหลังมีโครงการบัตรสุขภาพ

1.3.2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ อัตราการรับบริการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ระหว่างตำบลที่มีโครงการบัตรสุขภาพ และตำบลไม่มีโครงการบัตรสุขภาพ ในระยะเวลาเดียวกัน

1.3.3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัวระหว่าง มารดาและเด็กที่มีบัตรสุขภาพ กับ มารดาและเด็กที่ไม่มีบัตรสุขภาพในตำบลเดียวกัน

1.3.4. เพื่อศึกษาลักษณะของการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัวที่สามารถจำแนก มารดาและเด็กที่มีบัตรสุขภาพ และที่ไม่มีบัตรสุขภาพในตำบลเดียวกันออกจากกันได้อย่างถูกต้อง

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1.4.1. ผลงานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัวของตำบลที่มีโครงการบัตรสุขภาพเพิ่มดีขึ้น เมื่อเทียบกับระยะที่ยังไม่มีโครงการ

1.4.2. ผลงานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัวของตำบลที่มีโครงการบัตรสุขภาพ เพิ่มขึ้นสูงกว่าตำบลที่ไม่มีโครงการบัตรสุขภาพในระยะเวลาเดียวกัน

1.4.3. ผลงานอนามัยแม่และเด็กและ การวางแผนครอบครัวของมารดาและเด็กที่มีบัตรสุขภาพ เพิ่มขึ้นสูงกว่ามารดาและเด็กที่ไม่มีบัตรสุขภาพในตำบลเดียวกัน

1.4.4. ลักษณะการรับบริการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว สามารถจำแนกมารดาและเด็กที่มีบุตรสุขภาพและไม่มีบุตรสุขภาพออกจากกันได้อย่างถูกต้อง

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกศึกษาในเขตพื้นที่ อำเภอแจ้ห่ม จังหวัดลำปาง เนื่องจากตำบลแม่สุก อำเภอแจ้ห่ม ได้มีการดำเนินโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในระยะที่ 2 มาเป็นเวลา 2 ปี โดยดำเนินการทุกหมู่บ้านในตำบลซึ่งมีหญิงมีครรภ์เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพทั้งสิ้น 95 คน และได้เลือกตำบลบ้านสาซึ่งไม่มีโครงการบัตรสุขภาพ เป็นตำบลควบคุมเพราะได้พิจารณาแล้วว่า ตำบลบ้านสามีความคล้ายคลึงกับตำบลแม่สุก ในด้านประชากรและความเป็นอยู่ ส่วนการเก็บข้อมูลนั้นได้จากแบบบันทึกข้อมูลด้านอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวของสถานบริการ

1.6 ข้อจำกัดในการวิจัย

1.6.1. การศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับผลงานต่าง ๆ ไม่สามารถรวบรวมได้ทุกอย่าง เนื่องจาก ผู้รับบริการส่วนหนึ่งไม่มารับบริการจากสถานบริการทางการแพทย์เลย

1.6.2. การศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลที่เก็บได้เป็นข้อมูลย้อนหลัง อาจทำให้ความครบถ้วนของข้อมูลไม่เป็นไปตามต้องการ

1.7 ข้อตกลงเบื้องต้น

รายงานต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ถือว่าเป็นจริงและความครบถ้วนของรายงานระหว่างตำบลทั้ง 2 เท่าเทียมกัน

1.8 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ	ได้แก่	การมีบัตรสุขภาพ หรือ การมีโครงการบัตรสุขภาพ
ตัวแปรตาม	ได้แก่	ผลงานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว
ลักษณะมารดา	ได้แก่	อายุ ลำดับครรภ์ของการตั้งครรภ์
ผลงานอนามัยด้านแม่	ได้แก่	การตรวจครรภ์ จำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์ สถานที่ตรวจครรภ์ ชนิดของการคลอด สถานที่คลอด ผู้ทำคลอด สภาพมารดา เมื่อจำหน่าย การรับบริการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ระยะที่มากุมกำเนิดหลังคลอด ชนิดการคุมกำเนิด
ผลงานอนามัยด้านเด็ก	ได้แก่	น้ำหนักแรกคลอด สภาพบุตรขณะคลอด อาการของบุตรหลังคลอด สภาพบุตรเมื่อจำหน่าย การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค จำนวนครั้งที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค โปлио คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก สถานที่รับภูมิคุ้มกันโรค

1.9 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ที่มีบัตรสุขภาพ หมายถึง ผู้ที่เข้าเป็นสมาชิกในโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 2 พ.ศ. 2527 ของกระทรวงสาธารณสุข เฉพาะบัตรเพื่อการอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรค (สีฟ้า) มูลค่า 100 บาท ซึ่งเริ่มใช้วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2527

การรับบริการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ได้แก่การรับบริการดังนี้

การตรวจครรภ์ หมายถึง การมารับการตรวจครรภ์ และดูแลการตั้งครรภ์โดยเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งตรวจสอบได้จากแบบบันทึกอนามัยมารดาแต่ละแห่ง

จำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์ หมายถึง จำนวนครั้งที่มารับการตรวจและดูแลการตั้งครรภ์ ซึ่งบันทึกไว้ในแบบบันทึกอนามัยมารดา

สถานที่ตรวจครรภ์ หมายถึง สถานที่ที่มารดามารับการตรวจและดูแลครรภ์ ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์

ชนิดของการคลอด หมายถึง วิธีการคลอดแบ่งเป็น คลอดปกติ ช่วยคลอดด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น Forceps Extraction, Vacuum Extraction, Breech Existing, Caesarean Section ซึ่งบันทึกไว้ในสมุดทะเบียนคลอด

สถานที่คลอด หมายถึง สถานที่มารดาคลอดบุตร ซึ่งได้แก่ ที่บ้าน สถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ และอื่นๆ

ผู้ทำคลอด หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือขณะมารดาคลอด ได้แก่ ญาติ เพื่อนบ้าน หมอตำแย และบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์

สภาพมารดาเมื่อจำหน่าย หมายถึง สภาพของมารดาก่อนออกจากสถานบริการ ที่มารดามาคคลอดบุตรว่า มีอาการปกติ หรือเสียชีวิตหลังคลอดกลับบ้าน มีอาการปกติ หรือเสียชีวิตหลังคลอด

การรับบริการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ หมายถึง การมารับการตรวจและรับบริการคุมกำเนิด เมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งบันทึกไว้ในแบบบันทึกอนามัยมารดา หรือ แบบ วค.01

ระยะเวลาคุมกำเนิดหลังคลอด หมายถึง จำนวนวันตั้งแต่หลังคลอดจนถึงวันที่เริ่มคุมกำเนิด ซึ่งบันทึกไว้ในแบบ วค.01

การคุมกำเนิดหลังคลอด หมายถึง การเริ่มใช้บริการคุมกำเนิดในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งบันทึกไว้ใน แบบ วค.01

น้ำหนักแรกคลอดของบุตร หมายถึง น้ำหนักของบุตรที่ชั่งได้ทันทีหลังคลอด ซึ่งบันทึกไว้ในสมุดทะเบียนคลอด และสูติบัตร

สภาพบุตรขณะคลอด หมายถึง สภาพทารกภายหลังคลอดทันที ได้แก่ มีชีวิตหรือเกิดไร้ชีพ

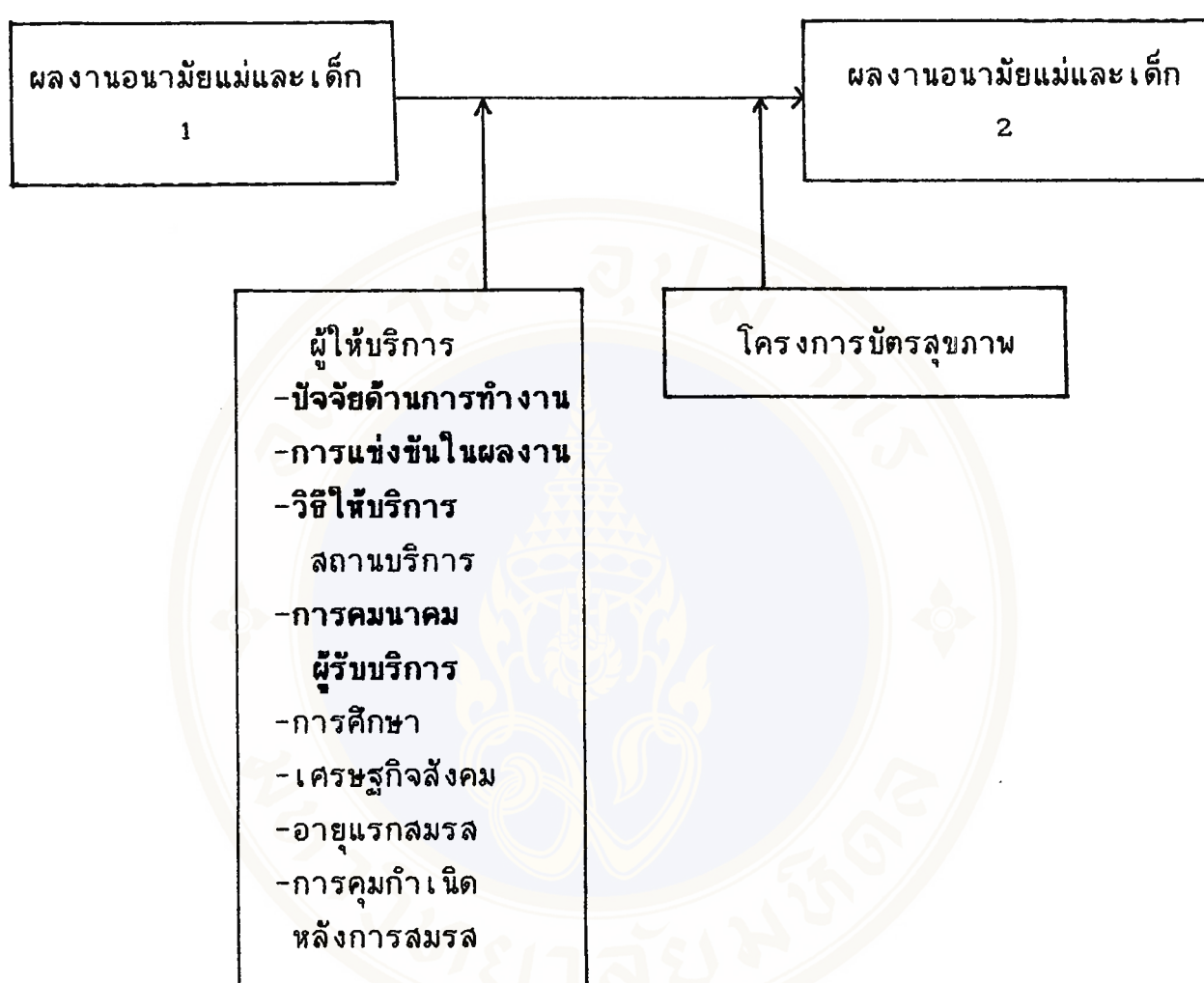
อาการบุตรหลังคลอด หมายถึง อาการบุตรที่แสดงให้เห็นหลังคลอด ได้แก่ ปกติ หรือเขียวจนต้องช่วยหายใจ

สภาพบุตรเมื่อจำหน่าย หมายถึง สภาพของทารกเมื่อออกจากสถานบริการที่มารดามาคคลอด ได้แก่ มีชีวิต หรือเสียชีวิต

การได้รับภูมิคุ้มกันโรค หมายถึง การได้รับวัคซีนป้องกันโรคซึ่งได้แก่ วัคซีนโรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และโปลิโอ ในช่วงอายุ 0 - 1 ปี ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งบันทึกไว้ในแบบบันทึกอนามัยเด็ก

สถานที่รับวัคซีน หมายถึง สถานที่ที่มารดาพาบุตรไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ได้แก่ สถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์

รูปแบบแนวความคิดรวบยอด CONCEPTUAL FRAMEWORK



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ประวัติความเป็นมาของโครงการบัตรสุขภาพ

กองทุนสาธารณสุขมูลฐาน ถือกำเนิดเป็นครั้งแรก เมื่อราวปี พ.ศ. 2519 เริ่มต้นด้วยความพยายามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายในท้องที่ ร่วมกับชาวบ้านที่จะจัดหาเงินและปลอดภัย ให้ชาวบ้านในหมู่บ้านได้ใช้ นอกเหนือจากยาที่มีขายอยู่แล้ว ตามร้านขายของชำในหมู่บ้าน โดยในครั้งนั้นได้จัดขึ้นในรูปของร้านขายยาในหมู่บ้าน ร่วมกันดำเนินการกันเองซึ่งเรียกว่า สหกรณ์ยา จากความสำเร็จของสหกรณ์ยาซึ่งอาศัยเงินทุนทรัพยากร ในชุมชนเป็นหลักในการดำเนินงาน รัฐบาลจึงได้นำความคิดดังกล่าวมาเผยแพร่ขยายเป็นนโยบายจัดตั้งเงินทุนหมุนเวียนในหมู่บ้าน เพื่อจัดหาให้กับชาวบ้านเรียกว่า กองทุนเวชภัณฑ์ หรือ กองทุนยาและเวชภัณฑ์ในราวปี พ.ศ. 2521 ซึ่งถือว่าเป็นต้นกำเนิดของกองทุนต่างๆในปัจจุบัน (13)

โครงการบัตรสุขภาพก็เป็นรูปแบบหนึ่งของ กองทุนชุมชนสาธารณสุขมูลฐาน ที่ต้องการจะให้ประชาชนมีคุณภาพทั้งร่างกาย จิตใจและสติปัญญา อันจะเป็นผลให้การพัฒนาทุกด้านสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการที่ประชาชนจะมีสิ่งเหล่านี้ได้นั้น ต้องมีการร่วมมือกันทุกฝ่าย โดยมีภาครัฐบาล ภาคเอกชน ให้การสนับสนุนและประชาชนเองสามารถบริหารจัดการในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัย จึงเกิดเป็นแนวความคิด ในเรื่องของโครงการบัตรสุขภาพดังนี้ คือ

2.1.1 เพื่อสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน

จากหลักการในอดีต รัฐบาลเป็นผู้ให้บริการและประชาชนเป็นผู้รับบริการ มาโดยตลอด แต่โครงการบัตรสุขภาพจะช่วยให้ประชาชนสนใจดูแลสุขภาพของตนเองได้ส่วนหนึ่ง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของสาธารณสุขมูลฐานในด้านชุมชน แยกได้เป็น 2 แบบ คือ

2.1.1.1 อยู่ในชุมชนและสามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จในชุมชนได้แก่

- สุขศึกษา
- โภชนาการ
- สุขาภิบาล/ น้ำสะอาด
- ยาจำเป็น
- รักษาพยาบาลเบื้องต้น

2.1.1.2 อยู่ในชุมชนแต่ต้องได้รับการสนับสนุนให้บริการในสถานบริการ
ในท้องถิ่น ได้แก่

- อนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว
- การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- การควบคุมและป้องกันโรคในท้องถิ่น
- สุขภาพจิต
- สุขภาพฟัน

จากแนวความคิดนี้จึงได้รวมงานอนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว
งานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ การให้ภูมิคุ้มกัน และการรักษาพยาบาล เข้าเป็นงานใน
โครงการบัตรสุขภาพ

2.1.2 เพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

จากความต้องการที่จะให้ประชาชน เป็นผู้รับผิดชอบพัฒนางานเองโดยมี
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้คอยสนับสนุนช่วยเหลือ โดยจะต้องระดมผลสมผลงานทรัพยากรเช่น
กำลังคน เงิน ความคิดเทคโนโลยี ตลอดจนสถาบันวัฒนธรรมที่สอดคล้องจากท้องถิ่น นำมา
ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพ

2.1.3. เพื่อเป็นแนวความคิดใหม่ในเรื่องการรักษาพยาบาล

แนวความคิดของโครงการบัตรสุขภาพนี้ การรักษาพยาบาลต้องเริ่ม
จากระดับหมู่บ้าน และมีการส่งต่อไปถึงระดับจังหวัด การจัดตั้งกองทุนของหมู่บ้านและระบบ
ทางด่วน จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์
โดยไม่จำเป็นลงได้

2.1.4. เพื่อเป็นแนวความคิดใหม่เรื่องระบบส่งต่อกับระบบทางด่วน

ระบบส่งต่อในที่นี้หมายถึง ระบบส่งต่อที่เริ่มจากชุมชน มีการส่งต่อ
ผู้ป่วยให้เหมาะสมกับขีดความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขทุกระดับ
ส่วนระบบทางด่วน เป็นระบบที่อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มีบัตรสุขภาพ โดยจะมีสิทธิได้
ตรวจทันทีเมื่อไปถึงสถานบริการนั้นๆ

2.1.5. เพื่อเป็นแนวความคิดใหม่ในการสนับสนุนการพัฒนาชนบท

การพัฒนาชนบทแนวใหม่นั้น จะประกอบไปด้วย องค์การชุมชน กำลังคน และกองทุน ที่จะช่วยพัฒนางานด้านสาธารณสุขให้ดีขึ้น ซึ่งปัจจัยที่สำคัญยิ่งก็คือกองทุน โครงการบัตรสุขภาพนี้จะช่วยให้มีกองทุนที่มั่นคงและต่อเนื่อง ทำให้ชุมชนสามารถยืนบนขาตนเองได้

2.1.6. เพื่อเป็นแนวความคิดเรื่องการปรับเปลี่ยนบทบาทในระบบสาธารณสุข

การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานต้องดำเนินไปพร้อมกับการปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ในขณะที่ชุมชนมีบทบาทเป็นผู้ริเริ่มในการช่วยเหลือตนเองมีความสามารถในการบริหารจัดการ มีอำนาจหน้าที่และพลังต่อรองที่สูงขึ้น ตลอดจนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณบางส่วนแก่สถานบริการซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินการดังกล่าวได้แก่ กรรมการ กำลังคน และกองทุน ซึ่งสร้างขึ้นจากการระดมทรัพยากรภายในชุมชนเอง กิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชนในลักษณะดังกล่าว ได้แก่ กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน กองทุนโภชนาการรวมทั้งกองทุนบัตรสุขภาพ โครงการบัตรสุขภาพจึงเป็นวิธีการหนึ่งในการระดมทรัพยากรของชุมชนในรูปกองทุนบัตรสุขภาพ (14)

2.2 วัตถุประสงค์หลักของโครงการบัตรสุขภาพ

จากแนวความคิดที่ได้กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปวัตถุประสงค์ของโครงการบัตรสุขภาพได้ดังนี้

2.2.1. พัฒนางานด้านอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว ตลอดจนงานด้านส่งเสริมและป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล

2.2.2. ปรับเปลี่ยนบทบาทชาวบ้านให้เป็นผู้ริเริ่ม และมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการส่วนเจ้าหน้าที่ให้มีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนและให้บริการ

2.2.3. พัฒนาคุณภาพในส่วนของชุมชน ให้สามารถบริหารจัดการโดยเฉพาะด้านการจัดสรรเงินและในส่วนของเจ้าหน้าที่และสถานบริการ ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.2.4. ลดปริมาณผู้ป่วยนอก โดยตัดผู้ป่วยที่ไม่รุนแรงให้น้อยลงในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้มีโอกาสดำเนินการอื่นที่มีคุณภาพและวิชาการต่อไป

2.3. รายละเอียดการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ

โครงการระยะที่ 1 ใช้ชื่อว่า โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้บัตรสุขภาพ จัดขึ้นเพื่อทดลองศึกษารูปแบบ ความเป็นไปได้ด้านบริหารจัดการกองทุน โดยชาวบ้านและองค์กรชุมชน กลวิธีดำเนินงานตลอดจนค่าใช้จ่ายเพื่อนำโครงการไปขยายพื้นที่อื่น มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว โครงการนี้ได้เริ่มเมื่อเดือน มิถุนายน พ.ศ.2526 โดยกรมอนามัยร่วมกับศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขตที่มีอยู่ 7 แห่ง อันได้แก่ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด ลำพูน นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี และสงขลา ซึ่งพื้นที่ที่ดำเนินการมี 8 ตำบล 18 หมู่บ้าน

โครงการระยะที่ 2 จากการประเมินผลโครงการของจังหวัด ที่ทำการทดลอง คณะกรรมการ ได้สรุปข้อพิจารณาว่า แม้ว่าโครงการนี้จะเริ่มเปิดดำเนินการได้เพียงระยะสั้นคือ ประมาณ 3 เดือน แต่ก็สามารถชี้ให้เห็นประโยชน์และแนวทางในการพัฒนาสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงขึ้น ทั้งด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้สามารถนำไปใช้ให้ตรงเป้าประสงค์และเกิดประโยชน์ได้ คณะกรรมการและคณะทำงานได้มีมติเห็นพ้องให้ขยายโครงการนี้ไปยังพื้นที่อื่นต่อไป โดยมีการปรับเปลี่ยนเรื่องประเภทและราคาบัตรใหม่รวมทั้งเงื่อนไขบางประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการกลั่นกรองผู้ป่วยและระบบส่งต่อผู้ป่วยได้มีการเน้นเป็นพิเศษเพื่อก่อให้เกิดระบบทางด่วน GREEN CHANNEL ในการอำนวยความสะดวกของสถานบริการ โดยมีชื่อโครงการนี้ว่า โครงการบัตรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข และจากการประชุมผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป เมื่อวันที่ 21-25 พฤษภาคม พ.ศ.2527 จังหวัดนครราชสีมา ได้มีมติข้อหนึ่งว่า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งเห็นด้วยและยินดีให้การสนับสนุนโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

โครงการระยะที่ 3 ในวันที่ 12-14 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2528 ได้มีการประชุมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เพื่อขยายโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งก็เห็นชอบกับเงื่อนไขใหม่ที่มีการปรับปรุงขึ้น หลังจากมีการศึกษาวิจัยผลของโครงการบัตรสุขภาพที่ผ่านมา ดังนั้นในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ.2528 คณะกรรมการอำนวยการบัตรสุขภาพจึงได้อนุมัติให้เปิดดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพปี 2528-2530 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2528 เป็นต้นมา

สำหรับเงื่อนไขและราคาบัตรสุขภาพเพื่ออนามัยแม่และเด็ก ไม่มีการ
เปลี่ยนแปลงทั้ง 3 โครงการ

2.4. แนวทางการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 2 ของจังหวัดลำปาง

การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบคลุมในโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 2 ของจังหวัดลำปาง ซึ่งมีแนวนโยบายและหลักเกณฑ์กว้างๆ ดำเนินการตามแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรมตามลำดับดังนี้

- อบรมครูดำเนินการระดับจังหวัด
- วางแผนการดำเนินงานโครงการ
- ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมตามลำดับดังนี้

- เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการทั้งในและนอกหน่วยงาน
- สำรวจข้อมูลเบื้องต้นในพื้นที่ที่บิดดำเนินการและวิเคราะห์ข้อมูล
- ตั้งกองทุนและคณะกรรมการดำเนินการกองทุน
- เปิดรับสมัครและจำหน่ายบัตร
- อบรมเพิ่มความรู้แก่อาสาสมัคร กรรมการหมู่บ้านและผู้เกี่ยวข้อง
- เตรียมบัตรสุขภาพ
- มอบบัตรสุขภาพ
- เปิดดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 3 ประกอบด้วยกิจกรรมตามลำดับดังนี้

- ติดตามควบคุมกำกับ
- รายงานผลการปฏิบัติงาน

สำหรับรายละเอียดของขั้นตอนต่างๆมีดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2527 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2527 เน้นการวางแผนการดำเนินงาน กำหนดพื้นที่ดำเนินการ และชี้แจงทำความเข้าใจเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและเพื่อให้การดำเนินงานโครงการนี้เป็นไปด้วยความเหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของโครงการ จึงมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกตำบลที่จะดำเนินโครงการดังนี้

- ผู้บริหารทุกระดับมีความสนใจมั่นใจในการดำเนินโครงการ
- เป็นอำเภอที่มีโรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่ และโรงพยาบาลนั้นมี

ประสิทธิภาพในด้านการรักษายาบาลสูง

- เป็นตำบลที่มีสถานอนามัยที่เป็นที่นิยมของประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานอนามัยนั้นมีความพร้อมที่จะให้บริการ
- สภาพตำบล คณะกรรมการหมู่บ้าน มีความเข้มแข็งเข้าใจกลวิธีการบริหารกองทุน

ซึ่งหลังจากการประชุมชี้แจงให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบแล้ว มีผู้เสนอที่จะรับโครงการอยู่ 3 อำเภอคือ อำเภอองาว อำเภอเถินและอำเภอแจ้ห่ม สำหรับอำเภอแจ้ห่มที่ได้เลือกทำการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกตำบลแม่สุกเป็นท้องที่ดำเนินการ ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการในช่วงเดือน กันยายน พ.ศ. 2527 - ตุลาคม พ.ศ. 2527 เป็นการดำเนินการในระดับพื้นที่โดยเจ้าหน้าที่ระดับตำบลมีบทบาทหลัก รวมทั้งเป็นการดำเนินการเตรียมของสถานบริการในโครงการคือ โรงพยาบาลต่างๆ ส่วนขั้นตอนที่ 3 คือในระยะโครงการเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการในระดับจังหวัดเกี่ยวกับการควบคุมกำกับและรายงานผลการปฏิบัติงานซึ่งพอจะสรุปได้ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 รูปแบบแนวทางการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 2 จังหวัดลำปาง

ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3
กรกฎาคม- สิงหาคม 2527	กันยายน- ตุลาคม 2527	ไม่ได้ กำหนดเวลา
การดำเนินงานระดับจังหวัด -วางแผน -กำหนดพื้นที่ -ประชุมชี้แจง	การดำเนินงานระดับพื้นที่ -เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ -สำรวจข้อมูลเบื้องต้น -ตั้งกองทุนและคณะกรรมการ -เปิดรับสมาชิก, จำหน่ายบัตร -อบรมเพิ่มความรู้ผู้เกี่ยวข้อง -เตรียมบัตรสุขภาพ -มอบบัตรสุขภาพ -เปิดดำเนินการ	การดำเนินงานระดับจังหวัด -ติดตามควบคุมกำกับ -รายงานการปฏิบัติงาน

2.5. **เงื่อนไขสิทธิการเป็นสมาชิกและสิทธิอื่นๆของบัตรสุขภาพเพื่ออนามัยแม่และเด็กและ
ภูมิคุ้มกันโรค**

2.5.1. **สิทธิการเป็นสมาชิกบัตรใช้สำหรับ**

- ครอบครัวสมาชิกที่มีบัตรสุขภาพชนิดรักษาพยาบาลแล้วภรรยา
ตั้งครรภ์ หรือจำเป็นต้องใช้บริการอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรค
- ครอบครัวที่ไม่มีบัตรสุขภาพชนิดรักษาพยาบาล แต่ต้องการ
รับบริการอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรค

2.5.2. สิทธิการรับบริการฟรีโดย

- ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ได้รับการบริการทำคลอดฟรีที่บ้าน หรือที่สถานบริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมแล้ว หรือจำเป็นต้องส่งไปรับบริการทำคลอดในสถานบริการที่สูงกว่าโดยมีใบนำส่งตัว
- ได้รับการดูแลหลังคลอดตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ได้รับการทำให้ภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด
- เด็กเกิดใหม่ให้นำชื่อลงไว้ในบัตรรักษาพยาบาลของครอบครัว (ถ้ามี) และนับการรักษา รวมกับบัตรครอบครัว

2.5.3. ข้อเสนอแนะในการใช้บัตรสุขภาพเพื่ออนามัยแม่และเด็ก

- ควรไปติดต่อกองทุนทุกครั้งก่อนไปขอรับบริการยังสถานบริการทางการแพทย์ เว้นแต่กรณีฉุกเฉินเพื่อปฏิบัติตามระบบส่งต่อ
- ควรแสดงบัตรประชาชนหรือบัตรที่มีรูปประกอบทุกครั้งที่ใช้บัตร
- ควรไปใช้บริการตามนัดทุกครั้งโดยเฉพาะเรื่องอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรค

ดังได้กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า วัตถุประสงค์ประการสำคัญของโครงการบัตรสุขภาพก็คือ ระบบส่งต่อกับระบบทางด่วน และวิธีที่จะช่วยให้ระบบการทำงานนี้ได้ผลก็ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการคือ

- ระบบการกลั่นกรอง หมายถึงการตรวจรักษาผู้ป่วย ตามลำดับขั้นตอนโดยเริ่มจาก กองทุนยาและเวชภัณฑ์ สถานีอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลระดับจังหวัด การส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่มีระบบการกลั่นกรองนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยในสถานบริการต่างๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลจังหวัดเพิ่มขึ้นแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยเองต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายสูงขึ้น
- ตัวผู้รับบริการเอง จะต้องมีความเข้าใจในระบบการกลั่นกรองและเห็นประโยชน์ของระบบนี้ และประการสำคัญจะต้องมีความเชื่อมั่นในสถานบริการระดับท้องถิ่นของตนเองว่ามีความสามารถที่จะช่วยดูแลรักษาตนได้ระดับหนึ่ง

ในกรณีที่ผู้รับบริการไม่ปฏิบัติตามข้อแนะนำดังข้างต้น คือไปรับบริการโดยไม่ผ่านระบบการกลั่นกรองก็จะได้รับบริการเหล่านี้แทน

ครั้งที่ 1 ให้ลดค่ารักษายาบาลร้อยละ 10 และเข้าระบบทางด่วน

ครั้งที่ 2 ให้ลดค่ารักษายาบาลร้อยละ 10 แต่ไม่เข้าระบบทางด่วน

ครั้งที่ 3 ให้อยู่ในคลินิกของหัวหน้าสถานบริการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2.6. รายได้จากการขายบัตรนั้น เรียกว่า เงินกองทุน ซึ่งนำมาจัดสรรดังนี้ (12)

2.6.1. การคำนวณหาอัตราส่วนแบ่งให้ใช้รายได้จากการขายบัตรสุขภาพเท่านั้น

2.6.2. ให้แบ่งเงินกองทุนเป็น 2 ส่วนในปีที่ 1

- ส่วนที่ 1 เก็บเป็นทุนสำรองกองทุนและพัฒนาให้เกิดรายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 40

- ส่วนที่ 2 เป็นค่าใช้จ่ายต่างๆในการดำเนินงานกองทุน

2.6.3. ให้แบ่งเงินในส่วนที่ 2 ออกเป็น 3 ส่วนในปีแรกดังนี้

- ส่วนที่ 1 จ่ายสนับสนุนสถานบริการระดับต่างๆ 3 ระดับ ร้อยละ 35 ระดับจังหวัดได้แก่โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 15 ระดับอำเภอ ได้แก่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 15 ระดับตำบลได้แก่สถานีอนามัย ร้อยละ 5

- ส่วนที่ 2 จ่ายตอบแทนผู้ให้บริการและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ถือบัตร ร้อยละ 10 แบ่งตามระดับดังนี้ ระดับจังหวัด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 2 ระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 3 ระดับตำบลรวมร้อยละ 5 เพื่อบริการชุมชนตามข้อตกลงโดยประมาณดังนี้

ค่าทำคลอด

- เจ้าหน้าที่รายละ 100-150 บาท

- ผดุงครรภ์โบราณที่ได้รับการอบรมแล้วรายละ 50-100 บาท

ค่าดูแลก่อนและหลังคลอดตามเกณฑ์ที่กำหนด

- เจ้าหน้าที่รายละ 100 บาท

- ผดุงครรภ์โบราณที่ได้รับการอบรมแล้วรายละ 50 บาท

ค่าติดตามให้ภูมิคุ้มกันโรค ครึ่งละ 1 บาทต่อราย
เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายแก่เจ้าหน้าที่ในการนัดหมาย
และออกไปให้บริการในชุมชน

อื่น ๆ ตามข้อตกลงคณะกรรมการกองทุน

- ส่วนที่ 3 จ่ายค่าบริหารจัดการกองทุนร้อยละ 15 ดังนี้

ผู้ขายบัตรร้อยละ 5 ของราคาบัตรที่ขาย

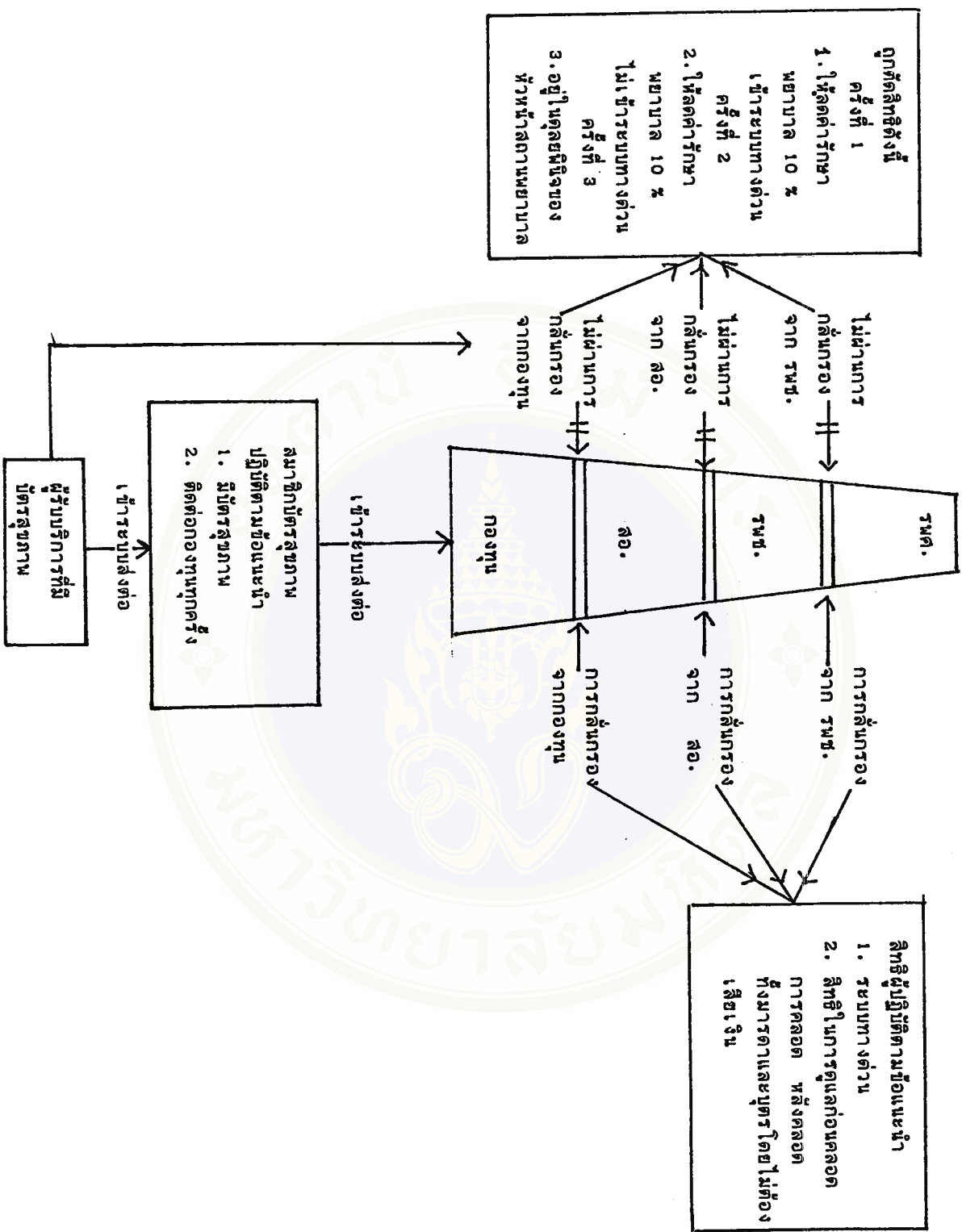
จ่ายคืนร้อยละ 3 แก่ผู้ถือบัตรที่ไม่ใช้บริการฟรี

ครบ 1 ปี

ค่าใช้จ่ายต่างๆของกองทุนร้อยละ 7 เช่นค่าเบี้ย
เลี้ยงกรรมการ

ค่าวัสดุ อุปกรณ์และอื่นๆ

สรุปขั้นตอนระบบโปรแกรมบริหารสุขภาพจังหวัดลำปาง



ตารางที่ 6 ระบบการทำงานโครงการบัตรสุขภาพ

24

ขั้นตอนการทำงาน	รพ.ลำปาง	รพช.	สอ.
1. ระบบทางด่วน	แยกช่องทำบัตรดังนี้ ก. วีกษ์ สามแฉะ สุขภาพ นักเรียน ข. คนไข้ใหม่ทั่วไป ค. คนไข้ใหม่ บัตรสิทธิพิเศษ ง. คนไข้เก่า บัตรสิทธิพิเศษ จ. คนไข้เก่าทั่วไป ฉ. คนไข้บัตรสุขภาพ	ไม่ได้แยกช่องสำหรับบริการ แต่จะมีกล่องใส่บัตร 2 ชนิด 1. ผู้รับบริการตรวจโรคทั่วไป 2. ผู้รับบริการห้องส่งเสริมสุขภาพ ผู้รับบริการจะต้อนำบัตรสุขภาพ และบัตรประจำตัวของผู้รับบริการ ใส่ลงในกล่อง เจ้าหน้าที่ก็จะคัดเลือบบัตรสุขภาพไปคืนก่อน และเรียงลำดับการรับบริการให้	ไม่ได้แยกช่องทำบัตร เนื่องจากมีผู้รับบริการไม่มาก เจ้าหน้าที่จะคืนบัตรให้กับ สอ. ในกรณีที่บัตรสุขภาพก็จะคืนให้ก่อน
2. สิทธิในการรักษา	ยึดหลักของกระทรวงสาธารณสุข แต่มีปัญหาที่น้อย คือ เด็กป่วย หลังคลอดก็แยกเป็น 2 กรณี คือ 1. สาเหตุชัดเจนว่าเกิดจากการคลอดก็จะได้รับการรักษาฟรี โดยไม่คำนึงว่าบัตรครบถ้วนหรือไม่ 2. สาเหตุไม่ชัดเจนว่าเกิดจากการคลอด ถ้าไม่มีบัตรครบถ้วนต้องจ่ายค่ารักษาเอง	ยึดหลักของกระทรวงสาธารณสุข	ยึดหลักของกระทรวงสาธารณสุข

2.7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากโครงการบัตรสุขภาพเป็นโครงการที่ได้ดำเนินงานมาเพียงระยะเวลาเกือบ 4 ปี และอยู่ในขั้นทดลองในไม่กี่ตำบลของจังหวัดเพียงจะเริ่มดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ของจังหวัดต่างๆทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2530 ดังนั้นผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงมีไม่มากนัก โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับเรื่องงานอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว

2.7.1. ศูนย์ฝึกและอบรมอนามัยแม่และเด็กกรุงเทพมหานคร (15) ได้ใช้แบบสอบถามทำการสัมภาษณ์หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วและกำลังอยู่กินกับสามี ทั้งที่ยังไม่มีบุตรและที่มีบุตรคนสุดท้ายอายุไม่เกิน 5 ปีที่หมู่บ้านหัวหนอง-หนองนาวัว ตำบลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในด้านอนามัยแม่ พบว่าก่อนมีโครงการบัตรสุขภาพมีการฝากครรภ์ร้อยละ 84.1 หลังจากมีโครงการบัตรสุขภาพมีผู้เป็นสมาชิกเพียง 10 ราย พบว่าการฝากครรภ์ร้อยละ 90 ของผู้ที่เป็นสมาชิกและฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง การคลอดร้อยละ 88 คลอดที่ศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 4 ซึ่งก่อนหน้านี้จะมีโครงการคลอดที่สถานบริการของรัฐร้อยละ 77

การตรวจหลังคลอด ก่อนมีโครงการไม่มีรายใดที่ไปตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์หลังมีโครงการมีผู้ไปรับบริการที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ร้อยละ 22 รับบริการคุมกำเนิดร้อยละ 44

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้แก่เด็กในหมู่บ้าน โดยการให้บริการในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ และออกหน่วยเคลื่อนที่ไปให้บริการในหมู่บ้าน 4 ครั้ง มีอัตราครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ 0-5 ปีดังนี้คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 36.11 (เดิมร้อยละ 29.63) โปлио ครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 35.20 (เดิมร้อยละ 28.7) วัคซีน ร้อยละ 47.00 (เดิมร้อยละ 39.32)

2.7.2. อรชร ศาสตราวาทะ (16) ศึกษารูปแบบการใช้บริการทางการแพทย์ของชุมชนที่มีผลจากนโยบายการใช้บัตรสุขภาพ โดยการเปรียบเทียบข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ของชุมชนในช่วงเวลา ก่อนมีโครงการ 1 ปี กับข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ในช่วงเวลาหลังมีโครงการ 1 ปี ข้อมูลรวบรวมโดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวจำนวน 337 คนในบ้านหมู่ที่ 7-8 ตำบลหนองผือ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า

การฝากครรภ์ หลังจากมีโครงการบัตรสุขภาพหญิงตั้งครรภ์จำนวน 15 คน ไปรับบริการฝากครรภ์ทุกคน ฝากครรภ์คนละ 3-4 ครั้ง ค่าเฉลี่ย 3.86 ครั้งต่อคน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนมีโครงการจากหญิงมีครรภ์ 22 คนไปรับบริการฝากครรภ์ 21 คน คิดเป็น ร้อยละ 95.45 ฝากครรภ์เฉลี่ย 3.45 ครั้งต่อคน

การคลอด ภายหลังมีโครงการบัตรสุขภาพอัตราคลอดที่สถานบริการทาง การแพทย์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60 คือคลอดสถานอนามัยร้อยละ 51.43 โรงพยาบาล ทั่วไปร้อยละ 8.57 เมื่อเทียบกับระยะก่อนมีโครงการมีจำนวนเพียงร้อยละ 31.82

การตายของมารดา พบว่าชุมชนที่ทำการวิจัยนี้ไม่มีการตายเนื่องจากการ ตั้งครรภ์ ตลอดช่วงระยะเวลา 1 ปี ก่อนและหลังมีโครงการ

การตายของทารกแรกเกิด หลังมีโครงการบัตรสุขภาพมีทารกตาย 0.02 ต่อการเกิดมีชีวิต 1000 คน

การได้รับภูมิคุ้มกันโรค หลังมีโครงการบัตรสุขภาพเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับภูมิคุ้มกันตามเกณฑ์อายุคิดเป็นร้อยละ 64.52 สำหรับข้อมูลก่อนมีโครงการนั้นไม่สามารถสรุปผลได้ เนื่องจากมารดาไม่สามารถจดจำรายละเอียดได้

2.7.3. สมหญิง มะหะสิทธิ์ (17) ได้ศึกษาปัจจัยและการใช้บริการด้านอนามัยแม่ ของผู้เป็นสมาชิกและไม่ใช่สมาชิกบัตรสุขภาพเพื่อการอนามัยแม่และเด็ก และภูมิคุ้มกันโรค ในจังหวัดนครราชสีมา การศึกษาวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มประชากร ตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอด 2 เดือนขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านของจังหวัดนครราชสีมา ที่ดำเนินโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 2 มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี และเป็นผู้ที่ตั้งครรภ์ ในระยะที่มีการจำหน่ายบัตรสุขภาพ(สีฟ้า) จำนวนทั้งสิ้น 320 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่ม มารดาที่เป็นสมาชิก 160 รายและมารดาที่ไม่เป็นสมาชิก 160 ราย ผลการศึกษาพบว่า

การใช้บริการฝากครรภ์ มารดาที่เป็นสมาชิกมีอัตราการไปฝากครรภ์สูง กว่าในมารดาอีกกลุ่มหนึ่ง คือร้อยละ 96.2 และร้อยละ 87.5 ตามลำดับ ส่วนอายุครรภ์ที่ ไปตรวจครั้งแรกและจำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์ พบว่า มารดาที่เป็นสมาชิกได้ไปใช้บริการ เหมาะสมกว่าอีกกลุ่มหนึ่ง โดยมีมารดาไปตรวจครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกร้อยละ 48.1 และฝากครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 63.1 ในขณะที่มารดาที่ไม่เป็นสมาชิกมีเพียงร้อยละ 29.5 ที่ฝากครรภ์ในไตรมาสแรกและร้อยละ 39 ที่ฝากครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป

สถานที่ตรวจครรภ์ พบว่ามีลักษณะคล้ายคลึงกันโดยประมาณครึ่งหนึ่งของ มารดาทั้ง 2 กลุ่มไปฝากครรภ์ที่สถานอนามัยคือร้อยละ 51.9 และ 52.5 ตามลำดับ รองลงมาคือไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชนคือ ร้อยละ 42.2 และ 36.0 ตามลำดับ เมื่อใช้สถิติทดสอบตัวแปรพบว่า การตรวจครรภ์ อายุครรภ์ที่ไปตรวจครั้งแรกและจำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์มีความแตกต่างกันที่ระดับ .01

การใช้บริการคลอด มารดาที่เป็นสมาชิกคลอดในสถานบริการทางการแพทย์สูงกว่ามารดาที่ไม่เป็นสมาชิกคือร้อยละ 80 และ 63.5 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ ผู้ทำคลอดโดยมารดาที่เป็นสมาชิก คลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์ สูงกว่ามารดาอีกกลุ่มคือร้อยละ 86.3 และ 67.3 ตามลำดับและ มีความแตกต่างกันที่ระดับ .001 ส่วนลักษณะ การคลอดพบว่ามารดาทั้งสองกลุ่มคลอดปกติ ส่วนการคลอดผิดปกติได้แก่ การคลอดทำผิดปกติ ใช้เครื่องมือช่วย และผ่าท้องคลอดมีเพียงร้อยละ 5 และ 5.7 ตามลำดับ และ ลักษณะเด็กภายหลังคลอด พบมีอาการผิดปกติคือ ตัวเล็กกว่าปกติ ตายขณะคลอด และตัวเหลือง ร้อยละ 10 และ 7.5 ตามลำดับ

การตรวจหลังคลอด ส่วนใหญ่มารดาทั้ง 2 กลุ่มไม่ไปตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ มารดาร้อยละ 12.5 และ 8.8 ไปตรวจหลังคลอด ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

อย่างไรก็ตามนอกจากการมีโครงการบัตรสุขภาพแล้ว พฤติกรรมการใช้บริการอนามัยของแต่ละบุคคลของแต่ละท้องที่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นอีกหลายอย่าง ซึ่งมีผู้ที่ ได้ทำการศึกษาวิจัยไว้หลายท่านดังนี้

สันทัด เสริมศรี และเจมส์ เอนไรรี่ (18) ได้รายงานการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของคนไทย จากการวิจัยในชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่าการที่คนไข้จะเลือกรับบริการรักษาโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหนึ่ง ปัจจัยเดียว แต่ต้องอาศัยเงินและเวลา และปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยก็คือ ระยะทางที่จะ ไปรับบริการ ความรู้สึกทางด้านจิตใจ

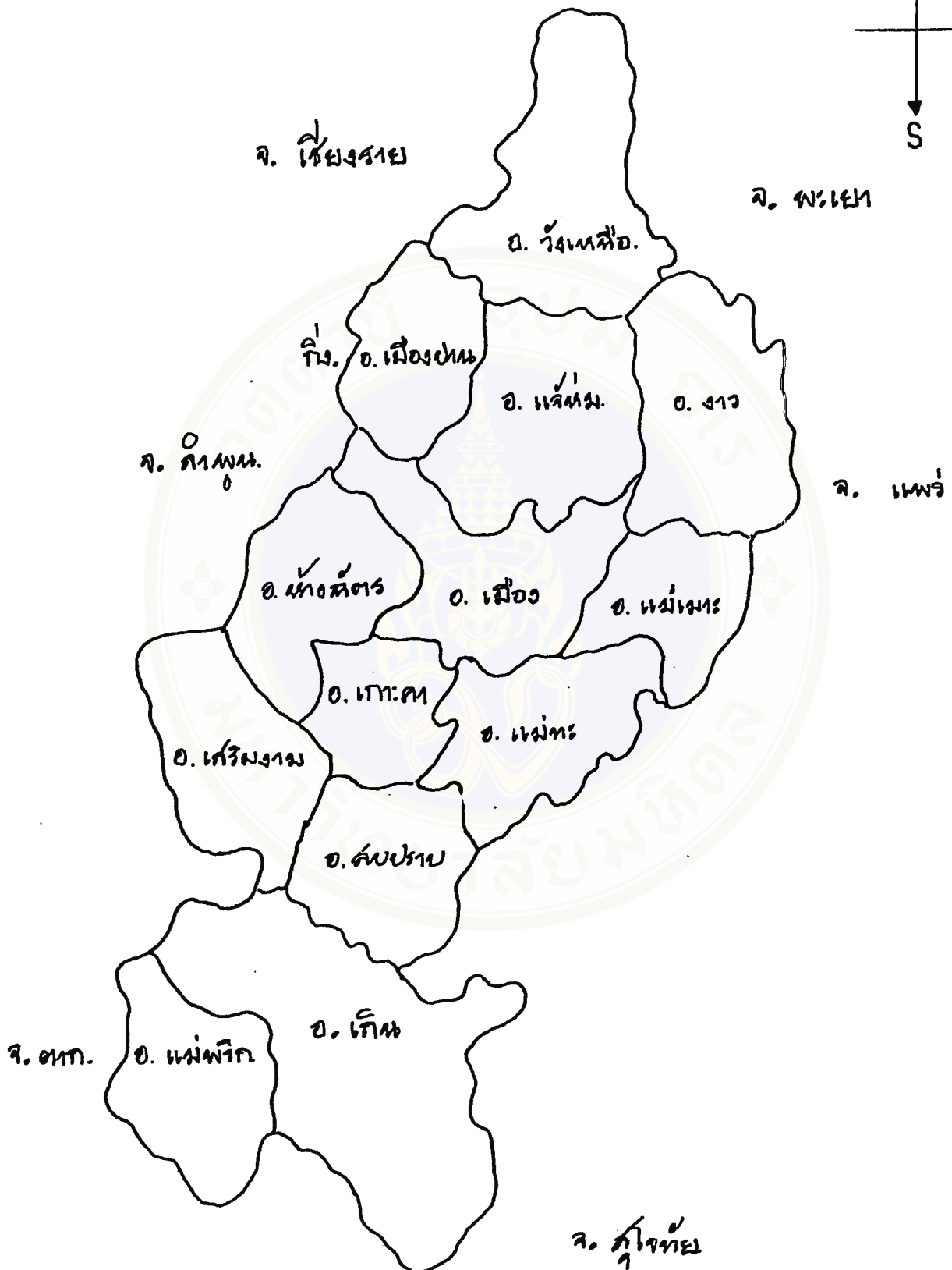
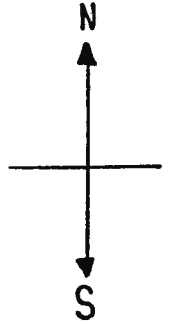
เฟรดเดอริก เอ. เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (19) ศึกษาเรื่อง แบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศไทยโดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย 271 คน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัด และจากหัวหน้าครัวเรือน 2110 ครัวเรือน ในจังหวัดสุพรรณบุรีเมื่อ พ.ศ. 2520 พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการใช้

บริการคือ ที่ตั้งของสถานบริการ สถานือนามัยที่ตั้งใกล้ตลาดจะเป็นเครื่องดึงดูดใจให้ ผู้มารับบริการมากกว่าสถานือนามัยที่อยู่ไกลตลาด

ศูนย์ฝึกอบรมและวิจัยชนบท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล(20) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการใช้และไม่ใช้บริการอนามัย ที่อำเภอสูงเนินจังหวัดนครราชสีมา โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่อยู่ในหมู่บ้าน 2กลุ่มคือกลุ่มที่มีหลังคาเรือนต่ำกว่า 75 หลังคาเรือนและกลุ่มที่มีมากกว่า 75 หลังคาเรือน ผลพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ (Decision making process) คือ

สภาพถนน สภาพถนนในชนบทมีความแตกต่างกันมาก บางหมู่บ้านถึงแม้จะอยู่ใกล้สถานบริการแต่สภาพถนนเลวมากไม่สามารถใช้ได้ทุกฤดูกาล ก็มีผลต่อการใช้บริการ ความสะดวกที่จะเลือกใช้ การมีบริการรถจากหมู่บ้านถึงตัวจังหวัดโดยตรง ผู้รับบริการก็จะเลือกไปรักษาในตัวจังหวัดมากกว่า ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทางเลือกในการใช้บริการอาจเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการใช้หรือไม่ใช้บริการ

แผนที่จังหวัดกำแพงเพชร



2.8. สถานแวดล้อมจังหวัดลำปางและสถานบริการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

2.8.1. ข้อมูลทั่วไป

สภาพทางภูมิศาสตร์

จังหวัดลำปางหรือมีชื่อในสมัยโบราณว่า นครเขลางค์ เป็นนครเก่าแก่ของประเทศไทยแห่งหนึ่งตั้งอยู่ตอนกลางของภาคเหนือ ห่างจากกรุงเทพมหานครเป็นระยะทาง 604 กิโลเมตรมีอาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ	ติดต่อกับจังหวัดเชียงรายและจังหวัดพะเยา
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับจังหวัดแพร่และจังหวัดสุโขทัย
ทิศใต้	ติดต่อกับจังหวัดสุโขทัยและจังหวัดตาก
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับจังหวัดลำพูนและจังหวัดเชียงใหม่

ลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศ

จังหวัดลำปางมีเนื้อที่ 12,518 ตารางกิโลเมตร ส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูงมีภูเขาล้อมรอบคล้ายเมืองในแอ่ง ตอนเหนือเป็นป่าไม้ ตอนกลางเป็นที่ราบลุ่ม ตอนใต้เป็นทุ่งหญ้า มีแม่น้ำสำคัญ 4 สายคือ วัง ลอย งาว และแม่จาง

ภูมิอากาศโดยทั่วไปของจังหวัดลำปางมักจะร้อนจัดในฤดูร้อน และหนาวจัดในฤดูหนาว

การปกครองและประชาชน

จังหวัดลำปางแบ่งการปกครองเป็น 12 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอห้างฉัตร อำเภอเกาะคา อำเภอแม่พริก อำเภอแม่ทะ อำเภอองาว อำเภอเถิน อำเภอสบปราบ อำเภอวังเหนือ อำเภอแจ้ห่ม อำเภอแม่เมาะและกิ่งอำเภอเมืองปาน

การปกครองท้องถิ่นประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล 1 แห่งและสุขาภิบาล 12 แห่ง ตามประกาศของสำนักงานกลางทะเบียนราษฎร กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2529 มีประชากร 737,145 คน เป็นชาย 370,686 คน หญิง 366,459 คน ประกอบด้วย 144,928 หลังคาเรือน ประชากรเฉลี่ยครอบครัวละ 5.08 คน ผลจากการทำสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติมีประชากรอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 6.52 และร้อยละ 93.48 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล

2.8.2. ข้อมูลทั่วไปอำเภอแจ้ห่มซึ่งเป็นพื้นที่ทำการศึกษาวิจัย

อำเภอแจ้ห่มนับเป็นเมืองเก่าแก่แห่งหนึ่งในสมัยนครเขลางค์ มีลักษณะการปกครองเป็นแขวง มีผู้ปกครองคือเจ้าผู้ครองนคร ต่อมาเมื่อชุมชนแจ้ห่มเจริญรุ่งเรืองได้ตั้งเป็นอำเภอเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2445 สำหรับพื้นที่การปกครองรวมพื้นที่อำเภอวังเหนือและกิ่งอำเภอเมืองปานเข้าไว้ด้วย โดยแยกเขตการปกครองเป็นกิ่งอำเภอ เมื่อ พ.ศ. 2483 และพ.ศ. 2524 ตามลำดับ ปัจจุบันอำเภอแจ้ห่มแบ่งเขตการปกครองเป็น 6 ตำบล 39 หมู่บ้านดังนี้

ตำบล	หมู่บ้าน	ประชากร	หลังคาเรือน
แจ้ห่ม	13	17,633	3,776
บ้านสา	5	4,617	1,071
แม่ลูก	6	6,271	1,275
ปงดอน	6	5,013	1,010
ทุ่งผึ้ง	5	3,142	696
เมืองมาย	4	2,775	484

ซึ่งรวมแล้ว มีประชากรทั้งสิ้น 39,451 คน มีครัวเรือนทั้งสิ้น 8312 ครัวเรือน ประชากรเฉลี่ยครอบครัวละ 4.75 คน ประชากรที่อาศัยในเขตสุขาภิบาล มีประมาณร้อยละ 8.25 ของจำนวนประชากรทั้งอำเภอ ส่วนอีกร้อยละ 91.25 กระจายอยู่ตามชนบททั่วไป

สภาพทางภูมิศาสตร์ ขนาดและที่ตั้งอำเภอแจ้ห่มมีพื้นที่รวมกันประมาณ 1341.16 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ทางตอนเหนือของจังหวัดลำปาง มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอใกล้เคียงดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อ	อำเภอวังเหนือ
ทิศตะวันออก	ติดต่อ	อำเภองาวและอำเภอเมือง
ทิศใต้	ติดต่อ	อำเภอเมือง
ทิศตะวันตก	ติดต่อ	อำเภอเมืองปาน



การสาธารณสุข

สำนักหอสมุด

การบริการสาธารณสุขในอำเภอแจ้ห่ม จำแนกเป็น 2 ประเภท คือ
ภาครัฐบาล ประกอบด้วย

- โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง	1 แห่ง
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	1 แห่ง
- สถานีอนามัย	7 แห่ง
- ส่วนมาเลเรีย	1 แห่ง

ภาคเอกชน ประกอบด้วย

- ร้านขายยาแผนปัจจุบัน เฉพาะยาบรรจูลำเร็จ	3 แห่ง
- ร้านขายยาแผนโบราณ	1 แห่ง
- อาสาสมัครสาธารณสุข	326 คน
- ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข	275 คน
- ผดุงครรภ์โบราณ	8 คน

บุคลากรทางสาธารณสุข

โรงพยาบาลชุมชนแจ้ห่ม

- แพทย์	4 คน
- พยาบาลวิชาชีพ	4 คน
- พยาบาลเทคนิค	16 คน
- เจ้าหน้าที่พยาบาล	2 คน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบด้วย

- พนักงานอนามัย	7 คน
- ผดุงครรภ์	6 คน
- พยาบาลเทคนิค	2 คน

2.8.3. ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับสถานีอนามัยของตำบลที่ไปศึกษา

2.8.3.1. สถานีอนามัยตำบลแม่ลูก

เริ่มก่อตั้งครั้งแรกมีฐานะเป็นสำนักงานผดุงครรภ์ เป็นอาคารไม้ ล้าง
โดยทุนผูกพันซ์ เปิดบริการเมื่อ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2509 ต่อมา ในปี พ.ศ. 2525 ได้
ยกฐานะเป็นสถานีอนามัย และในปี พ.ศ. 2529 ได้รับงบประมาณสร้างอาคารสถานีอนามัย

ทดแทนหลังเดิมจำนวน 1 หลัง ปัจจุบันมีเนื้อที่ 2 ไร่ ตั้งอยู่ที่หมู่ 1 ตำบลแม่สุก มีเจ้าหน้าที่ประจำสถานอนามัย 3 คน

2.8.3.2. สถานอนามัยตำบลบ้านสา

เริ่มก่อตั้งครั้งแรกเป็นสถานอนามัยชั้น 2 สร้างโดยราษฎรตำบลบ้านสา เปิดบริการเมื่อ พ.ศ. 2502 ต่อมายกฐานะเป็นสถานอนามัยประจำตำบล เมื่อ พ.ศ. 2508 ใน พ.ศ. 2520 ได้รับงบประมาณก่อสร้างอาคารทดแทนหลังเดิมจำนวน 1 หลัง มีเนื้อที่ทั้งหมด 10 ไร่ ตั้งอยู่ที่หมู่ 4 ตำบลบ้านสา มีเจ้าหน้าที่ประจำสถานอนามัย 3 คน

2.9. การเปรียบเทียบข้อมูลด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมระหว่างตำบลที่มีและไม่มีโครงการบัตรสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้

ตารางที่ 7 ได้แสดงข้อมูลด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม ระหว่างตำบลแม่สุกซึ่งเป็นตำบลที่มีโครงการบัตรสุขภาพ และตำบลบ้านสาซึ่งไม่มีโครงการบัตรสุขภาพ จะเห็นได้ว่าทางด้านประชากรมีจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ และเด็กอายุ 0-1 ปี ประมาณพอๆกัน แต่สำหรับอัตราเกิด อัตราตาย ภาวะเลี้ยงดู และวัยแรงงาน ตำบลบ้านสาจะดีกว่าตำบลแม่สุก ทั้งๆที่ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนาและนับถือศาสนาพุทธเหมือนกัน

อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ของสถานอนามัยทั้งสองตำบลมีจำนวนพอๆกัน แต่ที่แตกต่างกันมากคืออัตราการอ่านออกเขียนได้ ตำบลบ้านสาได้ถึง ร้อยละ 16.8 ขณะที่ตำบลแม่สุกมีเพียง ร้อยละ 3.1 เท่านั้น สำหรับการคมนาคม สถานอนามัยตำบลบ้านสาอยู่ติดถนนสายลำปาง-วังเหนือ ส่วนสถานอนามัยตำบลแม่สุกจะต้องแยกเข้าไปอีก ประมาณ 1 กิโลเมตร โดยสรุปแล้ว ถึงแม้ว่าข้อมูลด้านประชากรและภูมิศาสตร์ของทั้งสองตำบลจะคล้ายคลึงกัน แต่ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ตำบลบ้านสาดีกว่าตำบลแม่สุกอย่างชัดเจน

ตารางที่ 7 ข้อมูลเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรและความเป็นอยู่ของประชาชนทั้ง
2 ตำบล

ข้อมูล	ตำบลแม่ลูก (มีโครงการบัตรสุขภาพ)	ตำบลบ้านสา (ไม่มีโครงการบัตรสุขภาพ)
พื้นที่	149.092 ตารางกิโลเมตร	199.175 ตารางกิโลเมตร
ประชากร	6208 คน	4885 คน
ชาย	3028 คน (48.78 %)	2498 คน (51.13 %)
หญิง	3180 คน (51.22 %)	2387 คน (48.87 %)
-หญิงวัยเจริญพันธุ์	1696 คน (27.31 %)	1345 คน (27.53 %)
- MWRA	1440 คน (23.19 %)	951 คน (19.46 %)
- เด็ก 0-1 ปี	106 คน (1.70 %)	63 คน (1.28 %)
- อัตราเกิด	1.1 ต่อ 100 เด็กเกิดมีชีวิต	0.6 ต่อ 100 เด็กเกิดมีชีวิต
- อัตราตาย	0.7 ต่อ 100 เด็กเกิดมีชีวิต	0.5 ต่อ 100 เด็กเกิดมีชีวิต
- อัตราการะเลียงดู	48.73 %	33.25 %
- วัยแรงงาน	51.27 %	66.75 %
ความหนาแน่นประชากร	41.6 คน ต่อ ตาราง กิโลเมตร	24.5 คน ต่อ ตาราง กิโลเมตร
หลังคาเรือน	1071 หลังคาเรือน	1275 หลังคาเรือน
ประชากรต่อหลังคาเรือน	5.7 คน	3.8 คน
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
อาชีพ		
- ทำนา	95 %	98 %
- ค้าขาย	1 %	1 %

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูล	ตำบลแม่ลูก (มีโครงการบัตรสุขภาพ)	ตำบลบ้านสา (ไม่มีโครงการบัตรสุขภาพ)
รับราชการ	1 %	1 %
อื่นๆ	3 %	-
การศึกษา		
- อ่านออกเขียนได้	3.05 %	16.77 %
- โรงเรียน	9 โรงเรียน	3 โรงเรียน
การคมนาคม		
- การติดต่อระหว่างหมู่บ้าน	ถนนลูกรัง	ถนนลูกรัง
- การติดต่อกับอำเภอแจ้ห่ม	ถนนลูกรัง และลาดยาง	ถนนลูกรังและลาดยาง
- การติดต่อกับอำเภอเมือง	ถนนลูกรังและลาดยาง	ถนนลูกรังและลาดยาง
- สถานที่ตั้งสถานีอนามัย	อยู่ห่างจากถนนสายลำปาง วังเหนือ เข้าไปในหมู่บ้าน ประมาณ 1 กิโลเมตร	อยู่ติดถนนสายลำปาง - วังเหนือ
ด้านสาธารณสุข		
- เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย		
- ผดุงครรภ์	1 คน	1 คน
- พนักงานอนามัย	1 คน	1 คน
- เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ	1 คน	1 คน
- บุคลากรอื่น ๆ		
- อาสาสมัครสาธารณสุข	93 คน	64 คน
- ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข	10 คน	8 คน
- ผดุงครรภ์โบราณ	2 คน	2 คน
ที่ได้รับการอบรมแล้ว		

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาเกี่ยวกับผลของโครงการบัตรสุขภาพที่มีต่องานอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัวในระดับตำบลในจังหวัดลำปาง ระหว่าง ปี พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2529 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ระเบียบวิธีการวิจัย

3.1.1 รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) แบบ Case - Control Study เพื่อศึกษาเกี่ยวกับผลของโครงการบัตรสุขภาพที่มีต่องานอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัวในระดับตำบลของจังหวัดลำปาง เป็นระยะเวลา 3 ปี คือ ก่อนมีโครงการ ตั้งแต่ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2526 - วันที่ 31 ตุลาคม 2527 และขณะดำเนินโครงการ คือ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2527 - วันที่ 31 ตุลาคม 2529

3.1.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.2.1 การเลือกอำเภอ จังหวัดลำปางมีอำเภอที่มีโครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 2 จำนวน 3 อำเภอเลือกได้อำเภอแจ้ห่มซึ่งมีตำบลแม่สุกเป็นตำบลที่มีโครงการบัตรสุขภาพจึงเลือกเป็นตำบลศึกษา ส่วนตำบลควบคุมได้เลือกตำบลบ้านสาเนื่องจากได้พิจารณาแล้วว่ามีลักษณะทางด้านภูมิศาสตร์และประชากรคล้ายคลึงกัน

3.1.2.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลได้แก่มารดาและบุตรที่คลอดระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2526 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2529 จำนวนทั้งสิ้น 600 ราย ซึ่งรวบรวมการคลอดจากสูติบัตรของอำเภอแจ้ห่ม สมุดทะเบียนคลอดของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชุมชนแจ้ห่ม สถานีอนามัยตำบลแม่สุกและตำบลบ้านสาตั้งรายละเอียดตามตารางที่ 8

6 สัปดาห์ ระยะเวลาตั้งแต่หลังคลอดจนถึงวันคุมกำเนิดหลังคลอดครั้งแรก และวิธีคุมกำเนิดหลังคลอด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับบุตร ประกอบด้วย น้ำหนักแรกคลอด สถานของบุตรขณะคลอด อาการของบุตรหลังคลอด สถานบุตรเมื่อจำหน่าย การได้รับวัคซีนป้องกันโรค จำนวนครั้งที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และสถานที่รับวัคซีน

3.3 วิธีสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 ศึกษาจากตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแบบฟอร์มของผู้รับบริการเกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัว

3.3.2 เลือกข้อความถาม จากการศึกษามาสสร้างแบบบันทึกเพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานที่ทำการศึกษา

3.3.3 นำแบบบันทึกที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ เพื่อความเหมาะสม และถูกต้องสมบูรณ์ที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งการทำงานออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การจดยรายชื่อผู้ที่คลอดจากสมุดทะเบียนของ โรงพยาบาล ลำปาง โรงพยาบาลแจ้ห่ม สถานีอนามัยตำบลบ้านสา และตำบลแม่สุก และสูติบัตรของอำเภอแจ้ห่ม

ขั้นตอนที่ 2 นำรายชื่อผู้ที่คลอดทั้งหมดของ 2 ตำบล คำนวณว่า มีการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัวหรือไม่จาก

- สมุดบันทึกการฝากครรภ์
- บัตรอนามัยมารดา (แบบ รบ.1ต.05)
- สมุดบันทึกการวางแผนครอบครัว
- บัตรบันทึกผู้รับบริการวางแผนครอบครัว (วค.01)
- บัตรอนามัยเด็ก (แบบ รบ.1ต 06)

ขั้นตอนที่ 3

เมื่อได้รับรายงานทั้งหมดแล้ว จึงนำบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างไว้ ซึ่งแบบบันทึกที่รวบรวมได้เป็นข้อมูลถือว่า เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้

3.5 การเตรียมและการวิเคราะห์ข้อมูล

3.5.1 การเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์

3.5.1.1 ตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมด

3.5.1.2 ลงรหัสตามลักษณะข้อมูล

3.5.1.3 บันทึกรหัสลงในแผ่นดิสเก็ต (Diskette) เพื่อเตรียม

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSSX และ SPSS

3.5.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่เหมาะสมกับลักษณะข้อมูล เพื่อตอบวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการศึกษา โดยแบ่งเป็น

ลักษณะข้อมูลทั่วไป และความสัมพันธ์ของการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัว กับโครงการบัตรสุขภาพวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSSX และ SPSS ดังนี้

3.5.2.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปและการบริการของตัวอย่าง ใช้ร้อยละ

3.5.2.2 ความแตกต่างของการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัว ใช้สถิติดังนี้

3.5.2.2.1 ความแตกต่างของการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัว ในแต่ละปีของตำบลที่มีโครงการบัตรสุขภาพ ใช้ Chi - square test ใช้ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น คือ ตัวแปร X เป็นข้อมูลคุณภาพ ตัวอย่างเชิงเสรี

3.5.2.2.2 ความแตกต่างของการรับบริการ ในแต่ละปี ระหว่างตำบลที่มีโครงการบัตรสุขภาพ และไม่มีบัตรสุขภาพและระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพกับผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ ใช้ Chi - square test ใช้ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

3.5.2.2.3 การวิเคราะห์ลักษณะการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัว ระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ และไม่มีบัตรสุขภาพ ในตำบลที่มีโครงการบัตรสุขภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant Analysis)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลของตำบลแม่สูก ซึ่งเป็นตำบลที่ดำเนินโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 2 มาเป็นเวลา 2 ปี และตำบลบ้านสา เป็นตำบลที่ไม่มีโครงการบัตรสุขภาพ เก็บข้อมูลได้ทั้งสิ้น 600 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและบุตรที่คลอดตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2526 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2529 โดยแบ่งออกเป็นตำบลแม่สูก (ตำบลศึกษา) 360 ราย และตำบลบ้านสา (ตำบลควบคุม) 240 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว จะนำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วนใหญ่ ๆ คือ

4.1 การเปรียบเทียบผลงานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ก่อนมีโครงการบัตรสุขภาพ 1 ปี กับระยะที่มีโครงการบัตรสุขภาพ 2 ปี

4.2 การเปรียบเทียบผลงานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ระหว่างตำบลที่มีโครงการบัตรสุขภาพ และตำบลที่ไม่มีโครงการบัตรสุขภาพ ในอำเภอเดียวกัน และระยะเวลาเดียวกันและระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพกับผู้ไม่มีบัตรสุขภาพในตำบลเดียวกัน

4.3 การวิเคราะห์จำแนกประเภท ลักษณะการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัวของมารดาและบุตร ที่มีบัตรสุขภาพ กับมารดาและบุตรที่ไม่มีบัตรสุขภาพในตำบลที่มีโครงการบัตรสุขภาพ

4.1 การเปรียบเทียบผลงานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ก่อนมีโครงการบัตรสุขภาพ 1 ปี กับระยะที่มีโครงการบัตรสุขภาพ 2 ปี

4.1.1 ลักษณะทั่วไป

- อายุมารดา (ตารางที่ 8) ตลอดระยะเวลา 3 ปี ของตำบลที่มีโครงการบัตรสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ในแต่ละปี ผู้รับบริการจะอยู่ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี คือร้อยละ 40.7, 45.0 และ 40.5 ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มอายุต่ำกว่า 19 ปี มีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.9 เป็น 10.1 และ 25.2 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าการกระจายของอายุแตกต่างกัน ด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0049$) แต่อย่างไรก็ตาม สำหรับอายุของมารดาหากพิจารณาเป็นรายปี พบว่าในปีก่อนมีโครงการกับปีที่ 1 ของโครงการแล้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนมีโครงการกับปีที่ 2 ของโครงการ และปีที่ 1 กับปีที่ 2 ของโครงการ พบว่ามีความแตกต่าง ด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0027$ และ 0.0285 ตามลำดับ)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามอายุและระยะเวลาของโครงการ

อายุ(ปี)	ก่อนมีโครงการ		ปีที่ 1 ของโครงการ		ปีที่ 2 ของโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า-19	11	7.9	11	10.1	28	25.2
20 - 24	57	40.7	49	45.0	45	40.5
25 - 29	54	38.5	33	30.2	30	27.0
30 - 34	11	7.9	9	8.3	3	2.7
35 ขึ้นไป	7	5.0	7	6.4	5	4.5
รวม	140	100.0	109	100.0	111	100.0
χ^2	= 22.0310		, d.f = 8		P - Value = 0.0049	

สำหรับลำดับครรภ์ ส่วนใหญ่ลำดับครรภ์แรกคือร้อยละ 64.3 , 48.6 และ 63.1 ตามลำดับ ในแต่ละปี ของโครงการซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามลำดับครรภ์และระยะเวลาของโครงการ

ลำดับครรภ์	ก่อนมีโครงการ		ปีที่ 1 ของโครงการ		ปีที่ 2 ของโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	90	64.3	53	48.6	70	63.1
2	26	18.6	29	26.6	29	26.1
3	15	10.7	15	13.8	9	8.1
4 ขึ้นไป	9	6.4	12	11.0	3	2.7
รวม	140	100.0	109	100.0	111	100.0
χ^2	= 13.0788		, d.f = 8		P - Value = 0.1134	

สำหรับน้ำหนักแรกคลอด (ตารางที่ 10) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,501 - 3,000 กรัมคือ ร้อยละ 60.7, 66.3 และ 61.1 ในแต่ละปี ตามลำดับ แต่พบว่าเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม เพิ่มจากร้อยละ 14.5 เป็น 16.3 ปีที่ 1 ของโครงการ และลดลงเป็นร้อยละ 11.1 ในปีที่ 2 ของโครงการ ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามน้ำหนักแรกคลอดและระยะเวลาของโครงการ

น้ำหนัก (กรัม)	ก่อนมีโครงการ		ปีที่ 1 ของโครงการ		ปีที่ 2 ของโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า-2,500	17	14.5	16	16.3	12	11.1
2,501-3,000	71	60.7	65	66.3	66	61.1
3,001 ขึ้นไป	29	24.8	17	17.4	30	27.8
รวม	117	100.0	98	100.0	108	100.0
$\chi^2 = 1.8628$, d.f = 6 , P - Value = 0.9300						

4.1.2 การรับบริการก่อนคลอด

ผลการศึกษพบว่า การตรวจครรภ์มีแนวโน้มดีขึ้นในแต่ละปีโดยเฉพาะขณะที่กำลังดำเนินโครงการคือ จากร้อยละ 58.6 เป็น 65.1 และ 67.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 11) แต่เมื่อทดสอบแล้ว ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการตรวจครรภ์และระยะเวลาของโครงการ

การตรวจครรภ์	ก่อนมีโครงการ		ปีที่ 1 ของโครงการ		ปีที่ 2 ของโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ตรวจ	58	41.4	38	34.9	36	32.4
มาตรวจ	82	58.6	71	65.1	75	67.6
รวม	140	100.0	109	100.0	111	100.0
$\chi^2 = 2.3768$, d.f = 2 , P - Value = 0.3047						

สำหรับอายุครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ครั้งแรก (ตารางที่ 12) พบว่าการตรวจในไตรมาสแรกค่อนข้างน้อย แต่ก็มีแนวโน้มดีขึ้น คือ ร้อยละ 3.7 เป็น 8.5 และ 20.0 ในแต่ละปีตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่ามาตรวจครรภ์ในไตรมาสที่ 2 คือ ร้อยละ 71.9 , 53.5 และ 64.0 ตามลำดับ เมื่อทดสอบแล้วมีความแตกต่างกันที่ด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0093$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายปี พบว่า ในปีก่อนมีโครงการกับปีที่ 1 ของโครงการไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปีก่อนมีโครงการกับปีที่ 2 ของโครงการและปีที่ 1 กับปีที่ 2 ของโครงการพบที่มีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0028$ และ 0.0039 ตามลำดับ)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามอายุครรภ์ที่มาตรวจครั้งแรกและระยะเวลาของโครงการ

อายุครรภ์ (สัปดาห์)	ก่อนมีโครงการ		ปีที่ 1 ของโครงการ		ปีที่ 2 ของโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า-12	3	3.7	6	8.5	15	20.0
13 - 24	59	71.9	38	53.5	48	64.0
25 ขึ้นไป	20	24.4	27	38.0	12	16.0
รวม	82	100.0	71	100.0	75	100.0
$\chi^2 = 19.38$, d.f = 4 , $P - Value = 0.0093$						

จำนวนครั้งที่มาตรวจครรภ์ (ตารางที่ 13) พบว่าในระยะ 2 ปีที่มีโครงการ มีการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.7 และ 73.3 ซึ่งแต่เดิมก่อนมี โครงการบัตรสุขภาพ พบว่า มีการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปเพียงร้อยละ 36.6 ทดสอบแล้วมีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0347$) เมื่อพิจารณาเป็นรายปี พบว่า ในปีก่อนมีโครงการ กับปีที่ 1 ของโครงการ ก่อนมี โครงการกับปีที่ 2 ของโครงการมีความแตกต่างกัน ด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0149$ และ 0.0183) ตามลำดับ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปีที่ 1 กับปีที่ 2 ของโครงการ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามจำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์และระยะเวลาของโครงการ

จำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์(ครั้ง)	ก่อนมีโครงการ		ปีที่ 1 ของโครงการ		ปีที่ 2 ของโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 - 3	52	63.3	30	42.3	20	26.7
4 ขึ้นไป	30	36.7	41	57.7	55	73.3
รวม	82	100.0	71	100.0	75	100.0
$\chi^2 = 21.65$, d.f = 2 , P - Value = 0.0347						

สถานที่ตรวจครรภ์ (ตารางที่ 14) เมื่อแยกพิจารณา โดยเอาการมารับบริการที่สถานอนามัยเป็นหลัก ซึ่งอาจจะร่วมกับการไปตรวจที่สถานบริการอื่นด้วย ก็พบว่า ในปีก่อนมีโครงการส่วนใหญ่จะไปรับบริการในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ คือร้อยละ 62.2 ในปีที่ 1 ของโครงการพบว่า มีผู้ไปรับบริการในสถานอนามัยเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 64.8 แต่ในปีที่ 2 ของโครงการ ก็พบว่าผู้ไปรับบริการในสถานอนามัยลดลงเป็นร้อยละ 48.0 ซึ่งมีความแตกต่าง ด้วยความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (P-Value = 0.003) เมื่อพิจารณาเป็นรายปี พบว่าในปีก่อนมีโครงการกับปีที่ 1 ของโครงการ และในปีก่อนมีโครงการกับปีที่ 2 ของโครงการมีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (P-Value = 0.0122 และ 0.0126) ตามลำดับ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปีที่ 1 กับปีที่ 2 ของโครงการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามสถานที่ตรวจครรภ์และระยะเวลาของโครงการ

สถานที่ตรวจครรภ์	ก่อนมีโครงการ		ปีที่ 1 ของโครงการ		ปีที่ 2 ของโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานอนามัยและอื่น ๆ	31	37.8	46	64.8	36	48.0
โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์	51	62.2	25	35.2	39	52.0
รวม	82	100.0	71	100.0	75	100.0
$\chi^2 = 11.1965$, d.f = 2 , P - Value = 0.003						

4.1.3 การรับบริการคลอด

สำหรับชนิดของการคลอด (ตารางที่ 15) พบว่าส่วนใหญ่จะคลอดปกติคือ ร้อยละ 97.1, 93.6 และ 89.2 ในแต่ละปี ตามลำดับ แต่ก็มีการช่วยคลอด การคลอด ทำผิดปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.9 เป็น 6.4 และ 10.8 ซึ่งมีความแตกต่างด้วย ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P\text{-Value} = 0.0378$) เมื่อพิจารณาเป็นรายปี คือ ในปีก่อนมี โครงการกับปีที่ 1 ของโครงการและปีที่ 1 กับปีที่ 2 ของโครงการ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนมีโครงการกับปีที่ 2 ของโครงการ พบว่ามีความแตกต่างด้วย ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P\text{-Value} = 0.0214$)

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามชนิดของการคลอดและระยะเวลาของโครงการ

ชนิดของการคลอด	ก่อนมีโครงการ		ปีที่ 1 ของโครงการ		ปีที่ 2 ของโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	136	97.1	102	93.6	99	39.2
ช่วยคลอด	4	2.9	7	6.4	12	60.8
รวม	140	100.0	109	100.0	111	100.0

$\chi^2 = 6.5490$, $d.f = 2$, $P\text{-Value} = 0.0378$

สำหรับสถานที่คลอดพบว่ามีการคลอดในสถานบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.7 เป็น 71.6 และ 77.5 ในแต่ละปีตามลำดับ แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามสถานที่คลอดและระยะเวลาของโครงการ

สถานที่คลอด	ก่อนมีโครงการ		ปีที่ 1 ของโครงการ		ปีที่ 2 ของโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นอกสถานบริการ	48	34.3	31	28.4	25	22.5
ในสถานบริการ	92	65.7	78	71.6	86	77.5
รวม	140	100.0	109	100.0	111	100.0

$\chi^2 = 4.1855$, $d.f = 2$, $P\text{-Value} = 0.1233$

ส่วนสภามารดาเมื่อจำหน่ายพบว่าปกติเป็นส่วนใหญ่มีผู้เสียชีวิตเนื่องจากตกเลือดหลังคลอด ในปีก่อน มีโครงการ 1 รายคิดเป็น Maternal mortality rate 7.14 ต่อ 1,000 ของทารกเกิดมีขึ้น

4.1.4 การรับบริการหลังคลอด

ผลการศึกษาพบว่า การมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ยังน้อยอยู่จากร้อยละ 16.4 มีการลดลงเล็กน้อย ในปีที่ 1 ของโครงการคือเป็นร้อยละ 15.6 และมีการเพิ่มขึ้นอีกในปีที่ 2 ของโครงการคือเป็นร้อยละ 36.9 มีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0001$) (ตารางที่ 17) และเมื่อนิยามาเป็นรายปี พบว่าการมาตรวจครรภ์หลังคลอด 6 สัปดาห์ ในปีก่อนมีโครงการกับปีที่ 1 ของโครงการ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนมีโครงการกับปีที่ 2 ของโครงการและปีที่ 1 กับปีที่ 2 ของโครงการพบว่ามีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0004$ และ 0.0006) ตามลำดับ ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ และระยะเวลาของโครงการ

การตรวจ หลังคลอด 6 สัปดาห์	ก่อนมีโครงการ		ปีที่ 1 ของโครงการ		ปีที่ 2 ของโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มาตรวจ	117	83.6	92	84.4	70	63.1
มาตรวจ	23	16.4	17	15.6	41	36.9
รวม	140	100.0	109	100.0	111	100.0
$\chi^2 = 19.2062$	d.f. = 2		P - Value = 0.0001			

ส่วนการคุมกำเนิดหลังคลอดในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ ได้ติดตามผู้รับบริการจนถึง วันที่ 30 พฤษภาคม 2530 (ตารางที่ 18) พบว่า มีผู้มาคุมกำเนิดหลังคลอด ในปีก่อนมีโครงการ ร้อยละ 67.8 แต่มีผู้มาคุมกำเนิดหลังคลอดลดลงเล็กน้อยในปีที่ 1 ของโครงการ คือ มีผู้มารับบริการ ร้อยละ 60.5 และเพิ่มขึ้นปีที่ 2 ของโครงการ ร้อยละ 77.5 และมีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P\text{-Value} = 0.025$) เมื่อพิจารณาเป็นรายปี พบว่าในปีก่อนมีโครงการกับปีที่ 1 ของโครงการ และในปีก่อนมีโครงการกับปีที่ 2 ของโครงการไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปีที่ 1 กับปีที่ 2 ของโครงการ พบว่ามีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P\text{-Value} = 0.0066$)

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการคุมกำเนิดหลังคลอด และระยะเวลาของโครงการ

การคุมกำเนิด	ก่อนมีโครงการ		ปีที่ 1 ของโครงการ		ปีที่ 2 ของโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุมกำเนิด	95	67.8	66	60.5	86	77.5
ไม่คุมกำเนิด	45	32.2	43	39.5	25	22.5
รวม	140	100.0	109	100.0	111	100.0
$\chi^2 = 7.38$, d.f = 2 , P - Value = 0.025						

สำหรับจำนวนวันที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอด (ตารางที่ 19) พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นคือ มีการคุมกำเนิดเร็วขึ้น โดยดูจาก กลุ่มที่เริ่มคุมกำเนิดในช่วง 0 - 42 วัน หลังคลอด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.3 เป็น 40.5 แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละ ของมารดาจำแนกตาม จำนวนวันที่เริ่มคุมกำเนิด หลังคลอดและระยะเวลาของโครงการ

วันที่เริ่มคุมกำเนิด (วัน)	ก่อนมีโครงการ จำนวน	ปีที่ 1 ของโครงการ ร้อยละ	ปีที่ 2 ของโครงการ จำนวน	ร้อยละ	ปีที่ 2 ของโครงการ จำนวน	ร้อยละ
0 - 42	41	29.3	32	29.3	45	40.5
43 - 90	22	15.7	18	16.5	19	17.1
91 ขึ้นไป	34	24.3	15	13.8	21	18.9
ไม่คุม	43	30.7	44	40.4	26	23.5
รวม	140	100.0	109	100.0	111	100.0
$\chi^2 = 11.5785$, d.f = 6 , P - Value = 0.0758						

4.1.1.5 ประวัติเกี่ยวกับการคลอดและการได้รับภูมิคุ้มกันของบุตร

สภาพทั่วไปของบุตรหลังคลอด ได้แก่ สภาพขณะคลอด , สภาพหลังคลอด และสภาพเมื่อจำหน่าย พบว่ามีความผิดปกติน้อยมาก (ตารางที่ 20) พบว่ามีคลอดไร้ชีพ 1 ราย ในปีแรกของโครงการ คิดเป็นอัตราร้อยละ 0.9 ของการคลอด และเสียชีวิตหลังคลอด 1 ราย ในปีที่ 2 ของโครงการ สาเหตุการตายไม่แน่ชัด เนื่องจากเสียชีวิตที่บ้าน

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามสภาพทั่วไปหลังคลอดและระยะเวลาของโครงการ

สภาพทั่วไป	ก่อนมีโครงการ		ปีที่ 1 ของโครงการ		ปีที่ 2 ของโครงการ	
หลังคลอด	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>สภาพบุตรขณะคลอด</u>						
คลอดมีชีวิต	140	100.0	108	99.1	111	100.0
คลอดไร้ชีพ	-	-	1	0.9	-	-
รวม	140	100.0	109	100.0	111	100.0

(ต่อตารางที่ 20)

สภาพทั่วไป หลังคลอด	ก่อนมีโครงการ จำนวน	ร้อยละ	ปีที่ 1 ของโครงการ จำนวน	ร้อยละ	ปีที่ 2 ของโครงการ จำนวน	ร้อยละ
<u>สภาพบุตรหลังคลอด</u>						
ปกติ	140	100.0	106	98.2	110	99.1
หน้าเขียว	-	-	2	1.8	1	0.9
รวม	140	100.0	108	100.0	111	100.0
<u>สภาพบุตรเมื่อจำหน่าย</u>						
ปกติ	140	100.0	108	100.0	110	99.1
ตายหลังคลอด	-	-	-	-	1	0.9
รวม	140	100.0	108	100.0	111	100.0

สำหรับการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกันวัณโรคของเด็กอายุ 0 - 1 ปี (ตารางที่ 21) พบว่า ส่วนใหญ่จะได้รับภูมิคุ้มกัน และมีแนวโน้มดีขึ้นในแต่ละปีคือ มีเด็กได้รับภูมิคุ้มกันร้อยละ 80.7, 89.9 และ 92.2 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0218$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายปีก็พบว่า ในปีก่อนมีโครงการกับปีที่ 1 ของโครงการ และปีก่อนมีโครงการกับปีที่ 2 ของโครงการมีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0326$ และ 0.0058) ตามลำดับ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปีที่ 1 กับปีที่ 2 ของโครงการ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามการได้รับภูมิคุ้มกัน ป้องกันวัณโรค และระยะเวลาของโครงการ

การได้รับ ภูมิคุ้มกัน ป้องกันวัณโรค	ก่อนมีโครงการ		ปีที่ 1 ของโครงการ		ปีที่ 2 ของโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับ	113	80.7	98	89.9	103	92.3
ไม่ได้รับ	27	19.3	11	10.1	8	7.7
รวม	140	100.0	109	100.0	111	100.0
$\chi^2 = 9.12$, d.f = 2, P - Value = 0.0218						

ส่วนการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกัน คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และโปลิโอครบ 3 ครั้ง พบว่ายังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ (ตารางที่ 22) ซึ่งจะต้องได้รับ ร้อยละ 80 ของเด็กทั้งหมด แต่ผลจากการวิจัย พบว่า มีเด็กที่ได้รับภูมิคุ้มกันดังกล่าวครบ 3 ครั้ง เพียง ร้อยละ 60.0 , 67.9 และ 59.5 ในแต่ละปีตามลำดับ โดยเฉพาะปีที่ 2 ของโครงการได้ลดลงทั้งนี้อาจเนื่องจาก ติดตามผลได้ไม่ครบ 1 ปี ซึ่งเมื่อทดสอบแล้ว ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกัน คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และโปลิโอ และระยะเวลาของโครงการ

การได้รับ ภูมิคุ้มกัน(ครั้ง) คอตีบ ไอกรณ. บาดทะยัก โปลิโอ	ก่อนมีโครงการ		ปีที่ 1 ของโครงการ		ปีที่ 2 ของโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 - 2	10	7.1	7	6.4	14	12.6
3	84	60.0	74	67.9	66	59.5
ไม่ได้รับ	56	32.9	28	25.6	31	27.9
รวม	140	100.0	109	100.0	111	100.0
$\chi^2 = 7.9815$, d.f = 4 , P - Value = 0.0941						

ในเรื่องของสถานที่รับภูมิคุ้มกัน พบว่าตลอดระยะเวลา 3 ปีที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่จะได้รับภูมิคุ้มกันที่สถานอนามัย คือ ร้อยละ 68.1 และเพิ่มขึ้นในปีที่ 1 ของโครงการเป็นร้อยละ 78.1 และลดลงเล็กน้อย ในปีที่ 2 ของโครงการ ซึ่งเมื่อทดสอบแล้ว ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 23)

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามสถานที่รับภูมิคุ้มกัน และระยะเวลาของโครงการ

สถานที่	ก่อนมีโครงการ จำนวน ร้อยละ		โครงการปีที่ 1 จำนวน ร้อยละ		โครงการปีที่ 2 จำนวน ร้อยละ	
สถานอนามัยและอื่น ๆ	77	68.1	75	78.1	77	75.5
โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์	36	31.9	21	21.9	25	25.5
รวม	113	100.0	96	100.0	102	100.0
$\chi^2 = 2.9728$, d.f = 2 , P - Value = 0.2335						

โดยสรุปผลงานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัวระยะก่อนมีโครงการกับระยะหลังมีโครงการของตำบลศึกษา มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

(1) ตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติตลอดระยะเวลา 3 ปี คือระยะก่อนมีโครงการ ระยะปีที่ 1 และปีที่ 2 ของโครงการได้แก่ ลำดับครรภ์ การตรวจครรภ์ สถานที่คลอด ผู้ทำคลอด จำนวนวันที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอด น้ำหนักแรกคลอด และการได้รับภูมิคุ้มกัน คอตีบ ไอกรณ บาดทะยักและโปลิโอ 3 ครั้ง

(2) ตัวแปรที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้วยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ตั้งแต่ปีที่ 1 ของโครงการ ได้แก่ จำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์ และการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค

(3) ตัวแปรที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้วยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ในปีที่ 2 ของโครงการ ได้แก่ อายุของมารดา อายุครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ ชนิดของการคลอด และการตรวจหลังคลอด

4.2 การเปรียบเทียบผลงานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ระหว่างตำบล
ที่มีโครงการบัตรสุขภาพ (ตำบลศึกษา) และตำบลที่ไม่มีโครงการบัตรสุขภาพ
(ตำบลควบคุม) ในอำเภอเดียวกันและระยะเวลาเดียวกัน

4.2.1 เมื่อรวมผลงานของผู้มีบัตรและไม่มีบัตรสุขภาพเข้าด้วยกัน

4.2.1.1 ลักษณะทั่วไป

ในเรื่องอายุของมารดา (ตารางที่ 24) พบว่าในปีก่อนมีโครงการส่วน
ใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี คือ ร้อยละ 40.7 และ 52.4 กลุ่มอายุที่ต่ำกว่า 20 ปี
พบว่า ในตำบลศึกษามีมากกว่าตำบลควบคุมคือร้อยละ 7.9 และ 3.7 ตามลำดับ ส่วน
กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ก็มีมากกว่าเช่นกัน คือร้อยละ 5.0 และ ร้อยละ 2.4 แต่
เมื่อทดสอบพบว่า การกระจายของอายุ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในโครงการปีที่ 1 ก็พบว่า ส่วนใหญ่ก็คงอยู่ในกลุ่มอายุ 20 - 24 ปีคือ
ร้อยละ 45.0 และ 47.6 กลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี ในตำบลศึกษาก็ยังมีมากกว่าคือ ร้อย
ละ 10.1 และ 7.3 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ในตำบลศึกษา มีร้อยละ
6.4 ส่วนตำบลควบคุมไม่มีเลย แต่เมื่อทดสอบพบว่า การกระจายของอายุ ไม่มีความ
แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในโครงการปีที่ 2 ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ทั้งตำบลศึกษาและ ตำบล
ควบคุมจะอยู่ในกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี คือร้อยละ 40.5 และ 42.1 แต่กลุ่มอายุต่ำกว่า
20 ปี ของตำบลศึกษาก็ยังมากกว่าคือร้อยละ 25.2 และร้อยละ 9.2 และกลุ่มอายุ 35ปี
ขึ้นไป ตำบลศึกษาก็ยังมีมากกว่าตำบลควบคุมคือ ร้อยละ 4.5 และ 2.6 ซึ่งเมื่อทดสอบ
แล้ว พบว่า การกระจายของอายุ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะ
ตลอดเวลาทั้งสามปี พบว่าการตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นทั้งสองตำบลพอ
กัน ส่วนในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป มีอัตราส่วนค่อนข้างจะเท่าเดิมในทั้งสองตำบล

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามลักษณะทั่วไป ปีที่คลอด และระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษาและตำบลควบคุม

อายุ (ปี)	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีก่อนมีโครงการ</u>				
ต่ำกว่า - 19	11	7.9	3	3.7
20 - 24	57	40.7	43	52.4
25 - 29	54	38.6	28	34.1
30 - 34	11	7.9	6	7.3
35 ปีขึ้นไป	7	5.0	2	2.4
รวม	140	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 8.7236$, d.f = 7 , P = 0.4705				
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>				
ต่ำกว่า - 19	11	10.1	6	7.3
20 - 24	49	45.0	39	47.6
25 - 29	33	30.3	29	35.5
30 - 34	9	8.3	8	9.6
35 ปีขึ้นไป	7	6.4	-	-
รวม	109	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 1.7487$, d.f = 7 P = 0.9720				

(ต่อตารางที่ 24)

อายุ (ปี)	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>				
ต่ำกว่า - 19	28	25.2	7	9.22
20 - 24	45	40.5	32	42.2
25 - 29	30	27.0	28	36.8
30 - 34	3	2.7	7	9.2
35 ขึ้นไป	5	4.5	2	2.6
รวม	111	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 8.6814$, d.f = 7 P = 0.2834				

ในเรื่องของลำดับครรภ์ (ตารางที่ 25) ในปีก่อนมีโครงการ พบว่ามารดาทั้ง 2 ตำบล ส่วนใหญ่ ลำดับครรภ์แรก คือ ร้อยละ 64.3 และ 57.3 ตามลำดับ และพบว่าตำบลศึกษามีลำดับครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป มากกว่าตำบลควบคุมคือร้อยละ 6.4 และ 1.2 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อทดสอบแล้ว ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในโครงการปีที่ 1 พบว่า มารดาทั้ง 2 ตำบล ส่วนใหญ่ลำดับครรภ์แรก คือ ร้อยละ 48.6 และ 62.2 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า ตำบลศึกษามีการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มลำดับครรภ์แรกคือลดลง จากร้อยละ 64.3 ในปีก่อน มีโครงการ เป็นร้อยละ 48.6 ในปีที่ 1 ของโครงการ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่า ลำดับครรภ์ที่ 4 ของตำบลศึกษาก็ยังมากกว่าตำบลควบคุมคือ มีร้อยละ 11.0 แต่ตำบลควบคุมไม่มีเลย ซึ่งเมื่อทดสอบแล้ว ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในโครงการปีที่ 2 พบว่ามารดาทั้ง 2 ตำบล ยังคงอยู่ในลำดับครรภ์แรก คือร้อยละ 63.1 และ 57.8 ตามลำดับ และพบว่าลำดับครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป ในตำบลศึกษาลดลงอย่างชัดเจน เหลือเพียงร้อยละ 2.7 ขณะที่ลำดับครรภ์ที่ 4 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.8 แต่เมื่อทดสอบเฉพาะในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามลำดับครรภ์ ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษาและตำบลควบคุม

ลำดับครรภ์	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนมีโครงการ</u>				
1	90	64.3	47	57.3
2	26	18.6	25	30.5
3	15	10.7	9	11.0
4 ขึ้นไป	9	6.4	1	1.2
รวม	140	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 6.6802$ d.f = 3 P - Value = 0.0862				
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>				
1	53	48.6	51	62.2
2	29	26.6	28	34.1
3	15	13.8	3	3.7
4 ขึ้นไป	12	11.0	-	-
รวม	109	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 15.7301$ d.f = 2 P - Value = 0.0047				
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>				
1	70	63.1	44	57.8
2	29	26.1	26	34.2
3	9	8.1	4	5.2
4 ขึ้นไป	3	2.7	2	7.8
รวม	111	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 1.6272$ d.f = 2 P = 0.4527				

ในเรื่องน้ำหนักแรกคลอดของบุตร (ตารางที่ 26) พบว่าทั้งตำบลศึกษา และตำบลควบคุมอยู่ในกลุ่มน้ำหนัก 2,501 - 3,000 กรัม คือ ร้อยละ 60.7 และ 67.5 แต่พบว่ากลุ่มที่น้ำหนักน้อยคือ ต่ำกว่า 2,500 กรัม ในตำบลศึกษา มีมากกว่าตำบลควบคุม ตลอดทั้ง 3 ปีซึ่งเมื่อทดสอบแล้ว ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในปีที่ 1 ของโครงการ ก็พบว่าส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในกลุ่มน้ำหนัก 2,501 - 3,000 กรัม คือ ร้อยละ 66.3 และ 50.0 และยังพบว่า ตำบลควบคุม มีกลุ่มน้ำหนัก 3,000 กรัม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.3 เป็นร้อยละ 35.9 ในขณะที่ตำบล ศึกษา ยังคงมีกลุ่มน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมมากกว่าคือมีร้อยละ 16.3 ส่วนตำบลควบคุม มีร้อยละ 14.1 ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนมีโครงการทั้ง 2 ตำบล และเมื่อทดสอบพบว่า มีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0192$)

ในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่า น้ำหนักแรกคลอดของบุตรมีแนวโน้มดีขึ้น คือ กลุ่มน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ลดลงทั้ง 2 ตำบล เป็นร้อยละ 11.1 และ 9.2 ตามลำดับ ขณะเดียวกัน กลุ่มน้ำหนัก 3,000 กรัมขึ้นไป ก็เพิ่มขึ้นในตำบลศึกษาเป็น ร้อยละ 27.7 ส่วนตำบลควบคุมลดลงเล็กน้อย เป็นร้อยละ 34.2 เมื่อทดสอบพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 26)

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามน้ำหนักแรกคลอด ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษาและตำบลควบคุม

น้ำหนัก (กรัม)	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนมีโครงการ</u>				
ต่ำกว่า 2,500	17	14.5	7	9.1
2,501 - 3,000	71	60.7	52	67.5
3,001 ขึ้นไป	29	24.8	18	23.4
รวม	117	100.0	77	100.0
$\chi^2 = 1.5032$	$d.f = 2$		$P - Value = 0.4770$	

น้ำหนัก (กรัม)	ตำบลดึกษา		ตำบลดควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>				
ต่ำกว่า 2,500	16	16.3	11	14.1
2,501 - 3,000	65	66.3	39	50.0
3,001 ขึ้นไป	17	17.4	28	35.4
รวม	98	100.0	78	100.0
χ^2	= 7.9273	d.f = 2	P = 0.0192	
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>				
ต่ำกว่า 2,500	12	11.1	7	9.2
2,501 - 3,000	66	61.1	43	56.6
3,001 ขึ้นไป	30	27.8	26	34.2
รวม	108	100.0	76	100.0
χ^2	= 0.9157	d.f = 2	P = 0.6397	

4.2.1.2 การรับบริการก่อนคลอด

การตรวจครรภ์(ตารางที่ 27) ในตำบลดึกษามาตรวจน้อยกว่าตำบลดควบคุมคือร้อยละ 58.6 และ 72.0 ตามลำดับ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยทางสถิติ

ส่วนในปีที่ 1 ของโครงการพบว่า การตรวจครรภ์ของตำบลดึกษาเพิ่มขึ้นเล็กน้อยคือ ร้อยละ 65.1 แต่ก็ยังน้อยกว่าตำบลดควบคุม ซึ่งลดลงจากปีก่อนมีโครงการร้อยละ 72.0 เป็นร้อยละ 68.3 ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนในปีที่ 2 ของโครงการ ก็พบว่า การตรวจครรภ์ของตำบลดึกษาและตำบลดควบคุมเพิ่มขึ้น แต่ตำบลดึกษาก็ยังมีผู้ตรวจครรภ์น้อยกว่าตำบลดควบคุม คือ ร้อยละ 67.6 และ 89.5 ตามลำดับจะเห็นได้ว่า ในตำบลดควบคุมมีการตรวจครรภ์สูงขึ้นมากอย่างชัดเจน ทำให้เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P\text{-Value} = 0.0010$)

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการตรวจครรภ์ ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษาและตำบลควบคุม

การตรวจครรภ์	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนมีโครงการ</u>				
ตรวจ	82	58.6	59	72.0
ไม่ตรวจ	58	41.4	23	28.0
รวม	140	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 3.4382$, d.f = 1 , P - Value = 0.0637				
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>				
ตรวจ	71	65.1	56	68.3
ไม่ตรวจ	38	34.9	26	31.7
รวม	109	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 0.0914$ d.f = 1 P - Value = 0.7623				
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>				
ตรวจ	75	67.6	68	89.5
ไม่ตรวจ	36	32.4	8	10.5
รวม	111	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 10.8448$, d.f = 1 , P - Value = 0.0010				

ในเรื่องของอายุครรภ์ที่มาตรวจครั้งแรก (ตารางที่ 28) ในปีก่อนมีโครงการ พบว่าตำบลดึกษามาตรวจครรภ์ในไตรมาสแรก น้อยกว่าตำบลควนคม คือร้อยละ 3.7 และ 16.9 ตามลำดับ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ทั้ง 2 ตำบลจะมาตรวจครรภ์ในไตรมาสที่สอง คือร้อยละ 71.9 และ 54.2 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่ามีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0419$)

ส่วนในปีที่ 1 ของโครงการ พบว่าทั้งตำบลดึกษามีการตรวจครรภ์ในไตรมาสแรกเพิ่มขึ้นมากคือเป็น ร้อยละ 8.5 ส่วนตำบลควนคมมีการตรวจครรภ์ในไตรมาสแรกเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ทำให้เมื่อทดสอบทางสถิติ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่าตำบลทั้ง 2 มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นมาก มีการตรวจครรภ์ในไตรมาสแรกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.0 และ 25.0 ตามลำดับ และตรวจครรภ์ในไตรมาสที่ 3 น้อยลงเหลือเพียงร้อยละ 16.0 และ 14.7 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามอายุครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ครั้งแรก ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลดึกษาและตำบลควนคม

อายุครรภ์ที่มาตรวจ (สัปดาห์)	ตำบลดึกษา		ตำบลควนคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนมีโครงการ 1 ปี</u>				
0 - 12	3	3.7	10	16.9
13 - 24	59	71.9	32	54.2
25 ขึ้นไป	20	24.4	17	28.9
รวม	82	100.0	59	100.0
$\chi^2 = 8.5181$	d.f. = 2		P - Value = 0.0419	

ตารางที่ 28 (ต่อ)

อายุครรภ์ที่มารตรวจ (สัปดาห์)	ตำบลดึกษา		ตำบลดวนคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>				
0 - 12	6	8.5	10	17.9
13 - 24	38	53.5	33	58.9
25 ขึ้นไป	27	38.0	13	23.2
รวม	71	100.0	56	100.0
$\chi^2 = 4.8502$, d.f = 2 , P - Value = 0.0991				
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>				
0 - 12	15	20.0	17	25.0
13 - 24	48	64.0	41	60.3
25 ขึ้นไป	12	16.0	10	14.7
รวม	75	100.0	68	100.0
$\chi^2 = 0.5167$, d.f = 2 , P - Value = 0.7735				

จำนวนครั้งที่มารตรวจครรภ์ในปีก่อนมีโครงการ (ตารางที่29) พบว่า ตำบลดึกษามารตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปน้อยกว่า ตำบลดวนคุมคือมาร้อยละ 36.6 และ 45.8 ตามลำดับเมื่อทดสอบทางสถิติ ไม่พบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในปีที่ 1 ของโครงการ พบว่าทั้ง 2 ตำบล มีการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป เพิ่มขึ้นมาก เป็นร้อยละ 58.9 และ 51.8 ซึ่งแสดงว่าตำบลดึกษามีการเพิ่มขึ้นมากกว่าตำบลดวนคุมเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในปีที่ 2 ของโครงการก็พบว่าทั้ง 2 ตำบลผู้ที่มารตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปเพิ่มขึ้นไปอีก โดยตำบลดวนคุมมีการเพิ่มขึ้นมากกว่าตำบลดึกษากล่าวคือ ตำบลดวนคุมมีผู้มารตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 79.4 ขณะที่ตำบลดึกษามีร้อยละ 73.3 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามจำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์ ระยะ
เวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษาและตำบลควบคุม

จำนวน (ครั้ง)	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนมีโครงการ</u>				
1	14	17.1	10	16.9
2	18	21.9	9	15.3
3	20	24.4	13	22.0
4 ขึ้นไป	30	36.6	27	45.8
รวม	82	100.0	59	100.0
$\chi^2 = 1.1579$, d.f = 3 , P - Value = 0.6669				
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>				
1	12	16.5	9	16.1
2	9	12.3	9	16.1
3	9	12.3	9	16.1
4 ขึ้นไป	41	58.9	29	51.7
รวม	73	100.0	56	100.0
$\chi^2 = 0.7155$, d.f = 3 , P - Value = 0.8687				
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>				
1	7	9.3	3	4.4
2	8	10.7	3	4.4
3	5	6.7	8	11.7
4 ขึ้นไป	55	73.3	54	79.4
รวม	75	100.0	68	100.0
$\chi^2 = 4.3353$, d.f = 3 , P - Value = 0.2685				

สำหรับสถานที่ตรวจครรภ์ (ตารางที่ 30) พบว่าทั้งตำบลศึกษาและตำบล
ควบคุม ส่วนใหญ่ไปรับบริการในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ คือร้อยละ 37.8
และ 47.4ตามลำดับเมื่อทดสอบทางสถิติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนในปีที่ 1 ของโครงการ พบว่า ทั้ง 2 ตำบล มีการรับบริการตรวจ
ครรภ์ในระดับสถานอนามัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 61.9 และ 71.4 ตามลำดับ เมื่อทดสอบ
ทางสถิติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่าในตำบลศึกษามีการไปรับบริการใน
โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์เพิ่มขึ้น ทำให้ แต่ตำบลควบคุมยังไปรับบริการ
จากสถานอนามัยมากอยู่ คือ ร้อยละ 73.5 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบมีความแตกต่าง
ด้วยความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P\text{-Value} = 0.0020$)

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามสถานที่ตรวจครรภ์ ระยะเวลาของโครงการ ระหว่างตำบลศึกษาและตำบลควบคุม

สถานที่	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนมีโครงการ</u>				
สอ + อื่น ๆ	31	37.8	28	47.4
รพช + รพศ	51	62.2	31	52.6
รวม	82	100.0	59	100.0
$\chi^2 = 1.3475$	$d.f = 1$		$P - Value = 0.2480$	
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>				
สอ + อื่น ๆ	44	61.9	40	71.4
รพช + รพศ	27	38.1	16	28.6
รวม	71	100.0	56	100.0
$\chi^2 = 1.2424$	$d.f = 1$		$P - Value = 0.2703$	
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>				
สอ + อื่น ๆ	32	42.7	50	73.5
รพช + รพศ	43	57.3	18	26.5
รวม	75	100.0	68	100.0
$\chi^2 = 14.0159$	$d.f = 1$		$P - Value = 0.0020$	

4.3.1.3 การรับบริการคลอด

สำหรับชนิดของการคลอด (ตารางที่ 31) พบว่าในปีก่อนมีโครงการ ส่วนใหญ่คลอดปกติทั้ง 2 ตำบล คือร้อยละ 97.1 และ 96.3 ตามลำดับ มีการคลอดท่าผิปกติ ต้องใช้วิธีอื่นช่วยเพียงร้อยละ 2.9 และ 3.7 ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในปีที่ 1 ของโครงการ มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นทั้ง 2 ตำบล คือ มีการคลอดทำผิดปกติ และใช้วิธีอื่นช่วยคลอด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.4 และ 12.2 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในปีที่ 2 ของโครงการ ก็มีการคลอดทำผิดปกติ และใช้วิธีช่วยคลอดเพิ่ม เป็นร้อยละ 10.8 และ 11.8 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามก็พบว่าส่วนใหญ่คลอดปกติ คือ ร้อยละ 89.2 และ 88.2 ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามชนิดของการคลอด ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษาและตำบลควบคุม

ชนิดการคลอด	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนมีโครงการ</u>				
ปกติ	136	97.1	79	96.3
ผิดปกติ ช่วยคลอด	4	2.9	3	3.7
รวม	140	100.0	82	100.0
P - Value = 0.2832				
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>				
ปกติ	102	93.6	72	87.8
ผิดปกติ ช่วยคลอด	7	6.4	10	12.2
รวม	109	100.0	82	100.0
x = 1.2774	d.f. = 1	.	P - Value = 0.2584	
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>				
ปกติ	99	89.2	67	88.2
ผิดปกติ ช่วยคลอด	12	10.8	9	11.8
รวม	111	100.0	76	100.0
x = 0.0000	d.f. = 1		P - Value = 1.0000	

ส่วนสถานที่คลอด (ตารางที่ 32) พบว่า ในปีก่อนมีโครงการ ตำบลศึกษา มีการคลอดนอกสถานบริการทางการแพทย์ คือ คลอดบนรถ หรือที่บ้าน โดยญาติหรือหมอต้าแย่มากกว่าตำบลควบคุมคือ ร้อยละ 34.3 และ 7.3 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0000$)

ในปีที่ 1 ของโครงการ ก็พบว่า ตำบลศึกษาก็ยังคลอดนอกสถานบริการทางการแพทย์ โดยญาติหรือหมอต้าแย่มากกว่าตำบลควบคุมคือ ร้อยละ 28.4 และ 9.8 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อทดสอบทางสถิติยังคงพบว่า มีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0028$)

สำหรับในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นทั้งสองตำบล คือมีการคลอดนอกสถานบริการทางการแพทย์ โดยญาติและหมอต้าแย่น้อยลงมาก คือมีเพียงร้อยละ 22.5 และ 1.3 ตามลำดับ แต่เมื่อทดสอบทางสถิติ ยังมีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0001$)

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามสถานที่คลอด ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษาและตำบลควบคุม

สถานที่คลอด	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนมีโครงการ</u>				
นอกสถานบริการฯ	48	34.3	6	7.3
ในสถานบริการฯ	92	65.7	76	92.7
รวม	140	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 18.9931$	$d.f. = 1$		$P - Value = 0.0000$	
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>				
นอกสถานบริการฯ	31	28.4	8	9.8
ในสถานบริการฯ	78	71.6	74	90.2
รวม	109	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 8.9365$	$d.f. = 1$		$P - Value = 0.0028$	

(ต่อตารางที่ 32)

สถานที่คลอด	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปีที่ 2 ของโครงการ				
นอกสถานบริการฯ	25	22.5	1	1.3
ในสถานบริการฯ	86	77.5	75	98.7
รวม	111	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 15.2230$, $d.f = 1$, $P - Value = 0.0001$				

ส่วนสภาพมารดาหลังคลอด พบว่า ในปีก่อนมีโครงการ ในตำบลศึกษามีมารดาเสียชีวิตหลังคลอดเนื่องจากตกเลือดหลังคลอดเพียง 1 ราย คิดเป็น Maternal mortality rate 7.1 ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ สำหรับในปีที่ 1 และปีที่ 2 ของโครงการไม่มีมารดาเสียชีวิตหลังคลอดเลย ส่วนในตำบลควบคุมไม่มีมารดาเสียชีวิตหลังคลอดเลย ตลอด 3 ปี

4.2.1.4 การรับบริการหลังคลอด

การตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ (ตารางที่ 33)พบว่า ในปีก่อนมีโครงการ ทั้งตำบลศึกษาและตำบลควบคุม มีผู้มารับบริการน้อยมากคือเพียงร้อยละ 16.4 และ 17.1 ตามลำดับซึ่งเมื่อทดสอบทางสถิติ พบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในปีที่ 1 ของโครงการพบว่าการตรวจหลังคลอดของทั้ง 2 ตำบลก็ลดลงเล็กน้อย คือมีเพียงร้อยละ 15.6 และ 15.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่า มีแนวโน้มการรับบริการเพิ่มขึ้นทั้ง 2 ตำบล คือเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36.9 และ 30.0 และเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์
ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างตำบลศึกษาและตำบลควบคุม

การตรวจหลังคลอด	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนมีโครงการ</u>				
ตรวจ	23	16.4	14	17.1
ไม่ตรวจ	117	83.6	68	82.9
รวม	140	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 0.0000$, d.f = 1 , P - Value = 1.000				
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>				
ตรวจ	17	15.6	13	15.9
ไม่ตรวจ	92	84.4	69	84.1
รวม	109	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 0.0000$ d.f = 1 P - Value = 1.000				
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>				
ตรวจ	41	36.9	59	71.9
ไม่ตรวจ	70	63.1	52	69.7
รวม	111	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 0.6207$ d.f = 1 P - Value = 0.4308				

สำหรับการคุมกำเนิดหลังคลอด (ตารางที่ 34) พบว่าในปีก่อนมีโครงการทั้ง 2 ตำบลส่วนใหญ่จะคุมกำเนิดหลังคลอด คือร้อยละ 67.8 และ 71.9 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับในปีที่ 1 ของโครงการ พบว่าการคุมกำเนิดหลังคลอดของทั้ง 2 ตำบล ลดลงเล็กน้อย คือเป็นร้อยละ 60.0 และ 65.8 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่า การคุมกำเนิดหลังคลอดของทั้ง 2 ตำบล มีการเพิ่มขึ้นมาก คือเป็นร้อยละ 77.5 และ 82.9 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน

ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามคุมกำเนิด ปีที่คลอดและตำบล

การคุมกำเนิด	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนมีโครงการ</u>				
คุม	95	67.8	59	71.9
ไม่คุม	45	32.2	23	27.1
รวม	140	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 0.4079$ d.f = 1 P - Value = 0.5135				
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>				
คุม	66	60.5	54	65.8
ไม่คุม	43	39.5	28	34.2
รวม	109	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 0.5635$ d.f = 1 P - Value = 0.4687				
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>				
คุม	86	77.5	63	82.9
ไม่คุม	25	22.5	13	17.1
รวม	111	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 0.8176$ d.f = 1 P - Value = 0.3955				

ในเรื่องของระยะเวลาที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอด(ตารางที่ 35) ในปีก่อนมีโครงการส่วนใหญ่ เริ่มคุมกำเนิดทั้งชนิดชั่วคราวและถาวรในสถานบริการทางการแพทย์ ในช่วง 42 วัน ร้อยละ 44.2 และ 42.1 ซึ่งพบว่าจำนวนวันเฉลี่ยที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอดคือ 97.9 และ 67.9 วัน ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในปีที่ 1 ของโครงการ พบว่า ส่วนใหญ่ทั้ง 2 ตำบล มีการคุมกำเนิดหลังคลอดทั้งชนิดชั่วคราวและถาวร ในสถานบริการทางการแพทย์ในช่วง 42 วันเปลี่ยนแปลงเป็น ร้อยละ 48.5 และ 40.7 ตามลำดับ จำนวนวันเฉลี่ยที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอดคือ 84.9 และ 67.9 วันตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่า ส่วนใหญ่ทั้ง 2 ตำบล มีการคุมกำเนิดหลังคลอด ทั้งชนิดชั่วคราวและถาวร ในช่วง 42 วันหลังคลอด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 53.4 และ 68.2 จำนวนวันเฉลี่ยที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอดคือ 76.8 และ 44.0 ตามลำดับซึ่ง เมื่อทดสอบทางสถิติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามวันที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอด ระยะเวลาของโครงการและระหว่างตำบลศึกษาและตำบลควบคุม

จำนวนวัน	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนมีโครงการ</u>				
0 - 42	44	44.2	25	42.1
43 - 90	22	23.2	18	30.8
91 ขึ้นไป	31	32.6	16	27.1
รวม	95	100.0	59	100.0
$\chi^2 = 1.1516$	d.f = 2		P - Value = 0.5696	

(ต่อตารางที่ 35)

จำนวนวัน	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>				
0 - 42	32	48.5	22	40.7
43 - 90	18	27.3	20	37.1
91 ขึ้นไป	16	24.2	12	22.2
รวม	66	100.0	54	100.0
$\chi^2 = 1.6638$, d.f = 2 , P - Value = 0.4456				
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>				
0 - 42	46	53.5	43	68.2
43 - 90	19	22.1	16	25.4
91 ขึ้นไป	21	24.4	4	6.4
รวม	86	100.0	63	100.0
$\chi^2 = 8.7378$ d.f = 2 P - Value = 0.0134				

4.2.1.5 สภาพของบุตรหลังคลอด

สภาพทั่วไปของบุตรหลังคลอดได้แก่สภาพขณะคลอด สภาพหลังคลอด และสภาพเมื่อจำหน่าย ในปีก่อนมีโครงการ พบว่าไม่มีความผิดปกติเลยทั้ง 2 ตำบล

สำหรับในปีที่ 1 ของโครงการ มีทารกตายคลอด (Stillbirth) 1 รายในตำบลศึกษา และ 3 ราย ในตำบลควบคุมคิดเป็น Fetal death rate = 0.01 คือ 1,000 และ 0.04 คือ 1,000 ของการเกิดมีขึ้น ส่วนสภาพหลังคลอดมีอาการหน้าเขียว ต้องช่วยหายใจ ร้อยละ 1.9 และ 2.5 ตามลำดับ ส่วนสภาพเมื่อจำหน่ายพบว่า มีเด็กทารกตายหลังคลอด 1 วัน (Neonatal death) ในตำบลควบคุม 1 ราย คิดเป็น Neonatal mortality rate 0.03 คือ 1,000 ของการเกิดมีขึ้น

ในปีที่ 2 ของโครงการพบว่าสภาพของบุตรหลังคลอดปกติทั้ง 2 ตำบล ส่วนสภาพหลังคลอด พบมีรายงานหน้าเขียวต้องช่วยหายใจ ในตำบลศึกษาและตำบลควบคุม ร้อยละ 0.9 และ 1.3 ตามลำดับ และสภาพเมื่อจำหน่ายพบว่า มีเด็กทารกมาตายหลังคลอด 1 ราย ในตำบลศึกษา คิดเป็น Neonatal mortality rate = 0.09 ต่อ 1,000 ของการเกิดมีชีพ

4.2.1.6 การได้รับภูมิคุ้มกันโรคภายใน 1 ปี

การได้รับภูมิคุ้มกันป้องกันวัณโรค ก่อนมีโครงการ (ตารางที่ 36) พบว่า ทั้ง 2 ตำบลส่วนใหญ่ได้รับภูมิคุ้มกันคือร้อยละ 80.7 และ 91.4 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนในปีที่ 1 ของโครงการ พบว่า ตำบลศึกษาได้รับภูมิคุ้มกันป้องกันวัณโรคเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.2 ส่วนตำบลควบคุมได้รับร้อยละ 87.8 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่าทั้ง 2 ตำบล มีแนวโน้มการได้รับภูมิคุ้มกันดีขึ้นมาก คือ ตำบลศึกษาร้อยละ 94.5 ส่วนตำบลควบคุมได้ร้อยละ 100 ซึ่งไม่มีทดสอบความแตกต่างทางสถิติได้

ตารางที่ 36 จำนวนและร้อยละของบุตร จำแนกตามการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกันวัณโรค ระยะเวลาของโครงการและระหว่างตำบลศึกษาและตำบลควบคุม

การได้รับ ภูมิคุ้มกัน	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนมีโครงการ</u>				
ได้รับ	113	80.7	75	91.5
ไม่ได้รับ	27	19.3	7	8.5
รวม	140	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 4.6068$, d.f = 1 , P - Value = 1.4				

<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>				
ได้รับ	98	88.3	72	87.8
ไม่ได้รับ	13	11.7	10	12.2
รวม	111	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 0.0104$, d.f = 1 , P - Value = 0.0628				

(ต่อตารางที่ 36)

การได้รับ ภูมิคุ้มกัน	คำบลศึกษา		คำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>				
ได้รับ	103	94.5	76	100.0
ไม่ได้รับ	6	5.5	-	-
รวม	109	100.0	76	100.0

สำหรับการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกันคอตีบ, ไอกรน, บาดทะยัก และโปลิโอครบ 3 ครั้ง (ตารางที่ 37) พบว่า ในปีก่อนมีโครงการคำบลศึกษาได้รับภูมิคุ้มกันดังกล่าวครบ 3 ครั้ง น้อยกว่าคำบลควบคุมคือร้อยละ 60.0 เทียบกับร้อยละ 71.9 เมื่อทดสอบทางสถิติพบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนในปีที่ 1 ของโครงการ พบว่า การได้รับภูมิคุ้มกันดังกล่าวครบ 3 ครั้ง ของคำบลศึกษา มีแนวโน้มดีขึ้นคือ เป็นร้อยละ 66.7 ส่วนคำบลควบคุมลดลงเล็กน้อย เป็นร้อยละ 69.5 เมื่อทดสอบทางสถิติพบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่า การได้รับภูมิคุ้มกันดังกล่าวครบ 3 ครั้ง ของคำบลศึกษากลับลดลงเป็นร้อยละ 60.5 แต่คำบลควบคุมมีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.5 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า มีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

(P - Value = 0.0175)

ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละของบุตร จำแนกตามการได้รับภูมิคุ้มกัน ป้องกันคอตีบ , ไอกรน , บาดทะยัก และโปลิโอ ระยะเวลาของโครงการ และระหว่าง ตำบลศึกษาและตำบลควบคุม

การได้รับภูมิคุ้มกัน	ตำบลศึกษา		ตำบลควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนมีโครงการ</u>				
ครบ 3 ครั้ง	84	60.0	59	71.9
ไม่ครบ , ไม่ได้รับ	56	40.0	23	28.1
รวม	140	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 0.1751$, d.f = 1 , P - Value = 0.1010				
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>				
ครบ 3 ครั้ง	74	66.7	57	69.5
ไม่ครบ, ไม่ได้รับ	37	33.3	25	30.5
รวม	111	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 3.1931$, d.f = 1 , P - Value = 0.1286				
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>				
ครบ 3 ครั้ง	66	60.5	65	85.5
ไม่ครบ , ไม่ได้รับ	43	39.5	11	24.5
รวม	109	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 13.5141$, d.f = 1 , P - Value = 0.0175				

สถานที่รับภูมิคุ้มกันโรค(ตารางที่ 38) พบว่าในปีก่อนมีโครงการส่วนใหญ่ ผู้รับบริการทั้ง 2 ตำบล จะไปรับบริการในสถานีนามัย แต่พบว่า ตำบลศึกษา มารับบริการในสถานีนามัยมากกว่าคือร้อยละ 65.5 เทียบกับร้อยละ 90.6 ในตำบลควบคุมเมื่อทดสอบทางสถิติพบมีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (P - Value = 0.024)

ส่วนในปีที่ 1 ของโครงการ พบว่า คำนวณศึกษามีผู้มารับบริการในสถานเอนามัยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 78.6 แต่ย้งน้อยกว่าคำนวณ ซึ่งมีร้อยละ 81.7 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่าทั้ง 2 คำนวณมีผู้มารับบริการในสถานเอนามัยลดลงเล็กน้อย คือเป็นร้อยละ 75.7 และ 75 ซึ่งเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามสถานที่รับภูมิคุ้มกัน ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างคำนวณศึกษาและคำนวณควบคุม

สถานที่	คำนวณศึกษา		คำนวณควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ก่อนมีโครงการ</u>				
สถานเอนามัยและอื่น ๆ	74	65.5	68	90.6
รพช + รพศ	39	34.5	7	9.4
รวม	113	100.0	75	100.0
$\chi^2 = 15.1791$, d.f = 1 , P - Value = 0.024				
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>				
สถานเอนามัยและอื่น ๆ	77	78.6	67	81.7
รพช + รพศ	21	21.4	15	18.3
รวม	98	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 0.2743$, d.f = 1 , P - Value = 0.6279				
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>				
สถานเอนามัยและอื่น ๆ	78	75.7	57	75.0
รพช + รพศ	25	24.3	19	25.0
รวม	103	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 0.0107$, d.f = 1 , P - Value = 0.8911				

สรุปผลงานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวระหว่าง คำนวณ
ศึกษากับค่าบลควบคุม

(1) ตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ
ลำดับครรภ์ น้ำหนักแรกคลอด ชนิดของการคลอด การตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ การ
คุมกำเนิดหลังคลอดและการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค

(2) ตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงโดยค่าบลศึกษาดีขึ้น หรือเทียบเท่าค่าบล
ควบคุม ได้แก่สถานที่รับวัคซีน และอายุครรภ์ที่มาตรวจครั้งแรก จำนวนครั้งที่มาตรวจ
ครรภ์ สถานที่รับบริการภูมิคุ้มกัน

(3) ตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงโดยค่าบลควบคุมดีกว่าค่าบลศึกษา ได้แก่
การตรวจครรภ์ สถานที่คลอด ระยะเวลาที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอด และการได้รับวัคซีน
ป้องกันคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และ โปลิโอ 3 ครั้ง

4.2.2 เมื่อแยกผลงานของผู้มีบัตรสุขภาพ ผู้ไม่มีบัตรสุขภาพและค่าบล ควบคุม

จากข้อ 4.2.1 ได้กล่าวถึงผลงานรวมระหว่างค่าบลศึกษาและค่าบล
ควบคุม ซึ่งจะเห็นว่า ส่วนใหญ่ผลงานของค่าบลควบคุมจะดีกว่า แต่เมื่อพิจารณาโดย
แท้จริงแล้ว พบว่าในแต่ละปี มีผู้มีบัตรสุขภาพเพียงร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด
ซึ่งย่อมจะมีผลต่ออัตราการรับบริการต่าง ๆ ค่ากว่าที่ควรจะเป็น ดังนั้น จึงนำเสนอข้อมูล
เพิ่มเติมอีกโดยแยกให้เห็นชัดเจนขึ้น ระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ และ
ค่าบลควบคุมในแต่ละปี ดังนี้

4.2.2.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับอายุของมารดา(ตารางที่ 39)พบว่าในปีที่ 1 ของโครงการ พบว่า
ส่วนใหญ่ทั้ง 3 กลุ่ม อยู่ในกลุ่มอายุ 20 - 24 ปีและพบว่าผู้ที่มีบัตรสุขภาพมีกลุ่มอายุต่ำกว่า
20 ปีมากที่สุด คือ ร้อยละ 11.5 สำหรับกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่ามีมากที่สุดในกลุ่มผู้
ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ แต่เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนในปีที่ 2 ของโครงการก็ยังพบว่า กลุ่มผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ยังคงมี
กลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี มากที่สุด คือร้อยละ 30.2 รองลงมาคือ กลุ่มผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ
คือร้อยละ 22.1 ส่วนค่าบลควบคุมมีน้อยที่สุดคือร้อยละ 9.2 แต่อย่างไรก็ตาม ก็พบว่า
ทั้ง 3 กลุ่ม มีกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 4.7 , 4.4 และ 2.7 ตาม
ลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (P -
Value = 0.0217) และเมื่อพิจารณาระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ กับผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ
พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างระยะเวลาของโครงการ และระหว่างผู้มีบัตรสุขภาพ ผู้ไม่มีบัตรสุขภาพ และตำบลควบคุม

อายุ (ปี)	ตำบลศึกษา				ตำบลควบคุม	
	ผู้ที่มีบัตร		ผู้ที่ไม่บัตร			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>						
ต่ำกว่า - 19	6	11.5	5	8.8	6	7.3
20 - 24	23	44.2	26	45.6	39	47.56
25 - 29	18	34.8	15	26.3	29	35.53
30 - 34	5	9.6	5	7.0	8	9.6
35 ขึ้นไป	-	-	6	12.3	-	-
รวม	52	100.0	57	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 4.1683$, d.f = 4 P = 0.3495						

<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>						
ต่ำกว่า - 19	13	30.2	15	22.1	7	9.2
20 - 24	13	30.2	32	47.1	32	42.2
25 - 29	14	32.5	16	23.5	28	36.8
30 - 34	1	2.3	2	2.9	7	9.2
35 ขึ้นไป	2	4.6	3	4.4	2	2.6
รวม	43	100.0	68	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 11.8093$, d.f = 4 P = 0.0217						

สำหรับเรื่องลำดับครรภ์ (ตารางที่ 40) ในปีที่ 1 ของโครงการพบว่าทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่ลำดับครรภ์แรกคือร้อยละ 48.1 , 49.1 และ 62.2 ตามลำดับ ส่วนลำดับครรภ์ที่ 4 ขึ้นไปพบในตำบลศึกษาเท่านั้น คือกลุ่มผู้ที่มีบัตรสุขภาพมีร้อยละ 3.8 ส่วนผู้ที่ไม่บัตรสุขภาพมีร้อยละ 17.5 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบมีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0079$) และเมื่อพิจารณาระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพกับผู้ที่ไม่บัตรสุขภาพ พบว่ามีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0126$)

ในปีที่ 2 ของโครงการก็พบว่าส่วนใหญ่ทั้ง 3 กลุ่ม ยังอยู่ในลำดับครรรค์แรก คือร้อยละ 62.8 , 63.2 และ 57.9 ตามลำดับ ส่วนลำดับครรรค์ที่ 4 ขึ้นไปพบว่าผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพมีมากที่สุดคือ ร้อยละ 2.9 รองลงมาคือผู้ที่มีบัตรสุขภาพคือร้อยละ 2.3 เมื่อทดสอบทางสถิติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 40 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามลำดับครรรค์ ระยะเวลาโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพค่าบลควบคุม

ลำดับครรรค์	ค่าบลศึกษา				ค่าบลควบคุม	
	ผู้ที่มีบัตร		ผู้ที่ไม่มีบัตร			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>						
1	25	48.1	28	49.1	51	62.2
2	17	32.7	12	21.1	28	34.1
3	8	15.4	7	12.3	3	3.7
4 ขึ้นไป	2	3.8	10	17.5	-	-
รวม	52	100.0	57	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 18.9562$, d.f = 4 , P - Value = 0.0079						

ปีที่ 2 ของโครงการ

1	27	62.8	43	63.2	44	57.9
2	14	32.6	15	22.1	26	34.2
3	1	2.3	8	11.8	4	5.3
4 ขึ้นไป	1	2.3	2	2.9	2	2.6
รวม	43	100.0	68	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 0.5089$, d.f = 2 , P - Value = 0.7772						

4.2.2.2 การรับบริการก่อนคลอด

สำหรับการรับบริการตรวจครรภ์ ตามตารางที่ 42 ในปี 1 ของโครงการ กลุ่มผู้ที่มีบุตรสุขภาพมารับบริการมากที่สุดคือ ร้อยละ 90.4 รองลงมาคือกลุ่มค่าบลควบคุม ร้อยละ 68.3 ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่ได้มีบุตรสุขภาพมารับบริการน้อยที่สุด คือร้อยละ 42.1 เมื่อทดสอบทางสถิติแล้ว มีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P - Value = 0.000$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีบุตรสุขภาพกับผู้ที่ไม่ได้มีบุตรสุขภาพพบว่ามีความแตกต่างด้วยค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0000$)

ส่วนในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่าทั้ง 3 กลุ่มมาตรวจครรภ์เพิ่มขึ้น แต่กลุ่มผู้ที่มีบุตรสุขภาพยังคงเป็นกลุ่มผู้ที่มารับบริการมากที่สุดคือ ร้อยละ 95.3 รองลงมาคือกลุ่มค่าบลควบคุม มีร้อยละ 89.5 ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่ได้มีบุตรสุขภาพ ก็เป็นกลุ่มที่มารับบริการน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 50.0 เมื่อทดสอบทางสถิติแล้ว มีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0000$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีบุตรสุขภาพกับผู้ที่ไม่ได้มีบุตรสุขภาพพบว่ามีความแตกต่างด้วยค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 94 ($P - Value = 0.0000$)

ตารางที่ 42 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการรับบริการตรวจครรภ์, ระยะเวลาของโครงการ, ผู้ที่มีบุตร, ผู้ที่ไม่ได้มีบุตร และค่าบลควบคุม

การฝากครรภ์	ค่าบลศึกษา				ค่าบลควบคุม	
	ผู้ที่มีบุตร		ผู้ที่ไม่ได้มีบุตร			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>						
ตรวจ	47	90.4	24	42.1	56	68.3
ไม่ตรวจ	5	9.6	33	57.9	26	31.7
รวม	52	100.0	57	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 28.6574$, d.f = 2 , $P - Value = 0.0000$						
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>						
ตรวจ	41	95.3	34	50.0	68	89.5
ไม่ตรวจ	2	4.7	34	50.0	8	10.5
รวม	43	100.0	68	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 42.1394$, d.f = 2 , $P - Value = 0.0000$						

สำหรับอายุครรภ์ที่ตรวจครรภ์ครั้งแรก ตามตารางที่ 43 พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มมาตรวจครรภ์ในไตรมาสแรกน้อยอยู่ กลุ่มที่มาตรวจครรภ์ในไตรมาสแรกมากที่สุดคือ กลุ่มดําบลควบคุม คือ ร้อยละ 17.9 รองลงมาคือ กลุ่มผู้ที่ไม่ม่มีบุตรสุขภาพ คือ ร้อยละ 16.7 ส่วนกลุ่มผู้ที่มีบุตรสุขภาพมาน้อยที่สุดคือร้อยละ 4.3 ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะมาตรวจครรภ์ในไตรมาสที่ 2 คือร้อยละ 72.3 , 33.3 และ 58.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0108$) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีบุตรสุขภาพ กับผู้ที่ไม่ม่มีบุตรสุขภาพพบว่ามีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0471$)

ส่วนในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่าทั้ง 3 กลุ่มมาตรวจครรภ์ในไตรมาสแรกเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มดําบลควบคุมยังคงเป็นกลุ่มที่มาใช้บริการมากที่สุดคือ ร้อยละ 25.0 รองลงมาคือ กลุ่มผู้ที่มีบุตรสุขภาพ ร้อยละ 22.0 ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่ม่มีบุตรสุขภาพ เป็นกลุ่มผู้ที่มาใช้บริการน้อยที่สุดคือร้อยละ 17.7 และโดยส่วนใหญ่จะมาตรวจครรภ์ ในไตรมาสที่ 2 คือร้อยละ 65.8 , 61.7 และ 60.3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 43 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามอายุครรภ์มาตรวจ ระยะเวลาของโครงการผู้ที่มีบุตรสุขภาพ ผู้ที่ไม่ม่มีบุตรสุขภาพ และดําบลควบคุม

อายุครรภ์ที่มาตรวจ (สัปดาห์)	ดําบลศึกษา				ดําบลควบคุม	
	ผู้ที่มีบุตร		ผู้ที่ไม่ม่มีบุตร			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>						
0 - 12	2	4.3	4	16.7	10	17.9
13 - 24	34	72.3	8	33.3	33	58.9
25 ขึ้นไป	11	23.4	12	50.0	13	23.2
รวม	47	100.0	24	100.0	56	100.0
$\chi^2 = 13.1576$, d.f = 4 P - Value = 0.0108						

(ต่อตารางที่ 43)

อายุครรภ์ที่มาตรวจ (สัปดาห์)	ตำบลศึกษา				ตำบลควบคุม	
	ผู้ที่มีบัตร	ร้อยละ	ผู้ที่ไม่มีบัตร	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน		จำนวน			
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>						
0 - 12	9	22.0	6	17.7	17	25.0
13 - 24	27	65.8	21	61.7	41	60.3
25 ขึ้นไป	5	12.2	7	20.6	10	14.7
รวม	41	100.0	34	100.0	68	100.0
$\chi^2 = 1.5672$	, d.f = 4		, P - Value = 0.8121			

จำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ ตามตารางที่ 44 พบว่าทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่จะมาตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป โดยกลุ่มผู้ที่มีบัตรสุขภาพเป็นผู้รับบริการมากที่สุดคือ ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ ตำบลควบคุมร้อยละ 51.7 ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพมารับบริการน้อยที่สุด คือร้อยละ 51.7 เมื่อทดสอบทางสถิติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปีที่ 2 ของโครงการ พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มมาตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปเพิ่มขึ้น โดยที่กลุ่มผู้ที่มีบัตรสุขภาพมารับบริการมากที่สุดคือ ร้อยละ 92.7 รองลงมาคือ กลุ่มตำบลควบคุมคือร้อยละ 79.4 ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพมารับบริการน้อยที่สุดคือร้อยละ 50.0 เมื่อทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P\text{-Value} = 0.0267$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ กับผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพพบว่ามีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P\text{-Value} = 0.0177$)

ตารางที่ 44 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามจำนวนครั้งมาตรวจครรภ์ ระยะ
เวลาของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตร , ผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ และ
ค่าปลอบความ

	ค่าปลอบความ				ค่าปลอบความ	
	ผู้ที่มีบัตร		ผู้ที่ไม่มีบัตร			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>						
1	6	12.5	6	25.0	9	16.1
2	2	4.2	6	25.0	9	16.1
3	7	14.6	3	12.5	9	16.1
4 ขึ้นไป	32	66.7	9	37.5	29	51.7
รวม	48	100.0	24	100.0	56	100.0
$\chi^2 = 8.9809$, d.f = 4 , P - Value = 0.0648						
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>						
1	-	-	7	20.6	3	4.4
2	1	2.5	7	20.6	3	4.4
3	2	4.9	3	8.8	8	11.8
4 ขึ้นไป	38	92.6	17	50.0	54	79.4
รวม	41	100.0	34	100.0	68	100.0
$\chi^2 = 19.4127$, d.f = 2 , P - Value = 0.0267						

ส่วนเรื่องสถานที่ตรวจครรภ์ ตามตารางที่ 45 พบว่า ในปีที่ 1 ของ
โครงการ ผู้ที่มีบัตรสุขภาพมารับบริการในสถานื่อนามัยมากที่สุดคือ ร้อยละ 82.9
รองลงมาคือ ค่าปลอบความ ร้อยละ 71.4 ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ ส่วนใหญ่จะไปรับ
บริการในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลชุมชน คือร้อยละ 98.1 เมื่อทดสอบทางสถิติมีความ
แตกต่างด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (P - Value = 0.0357) และเมื่อเปรียบเทียบ
ระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ กับผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพพบว่ามีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่น
ร้อยละ 95 (P - Value = 0.009)

ในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปคือค่าบลควมมารับบริการในสถานื่อนามัยมากที่สุดคือร้อยละ 73.5 ส่วนกลุ่มผู้ที่มีบัตรสุขภาพกลับลดลงเหลือร้อยละ 48.7 สำหรับกลุ่มผู้ที่ไม่มียบัตรสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.3 เมื่อทดสอบทางสถิติ มีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P\text{-Value} = 0.0114$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ กับผู้ที่ไม่มียบัตรสุขภาพพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ = 0.009)

ตารางที่ 45 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามสถานที่ตรวจครรภ์ ระยะเวลาของโครงการผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ไม่มียบัตรสุขภาพ และค่าบลควม

สถานที่	ค่าบลศึกษา				ค่าบลควบคุม	
	ผู้ที่มีบัตร		ผู้ที่ไม่มียบัตร			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>						
สถานื่อนามัยอื่น ๆ	39	82.9	7	2.9	40	71.4
รพศ + รพช	8	17.1	17	98.1	16	28.6
รวม	47	100.0	24	100.0	56	100.0
$\chi^2 = 21.9380$, d.f = 2 , P - Value = 0.0357						
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>						
สถานื่อนามัย + อื่น ๆ	20	48.7	12	35.3	50	73.5
รพศ + รพช	21	51.3	22	64.7	18	26.5
รวม	41	100.0	34	100.0	68	100.0
$\chi^2 = 15.1616$, d.f = 2 , P - Value = 0.0114						

4.2.2.3 การรับบริการคลอด

สำหรับลักษณะของการคลอด ตามตารางที่ 46 พบว่า ในปีที่ 1 ของโครงการส่วนใหญ่คลอดปกติ คือร้อยละ 92.3 , 94.7 และ 87.8 ส่วนการคลอดท่าผิดปกติต้องใช้วิธีอื่นช่วยคลอดพบว่า ค่าบลควบคุมมีมากที่สุดคือร้อยละ 12.2 รองลงมาคือกลุ่มผู้ที่มีบัตรสุขภาพคือ ร้อยละ 7.7 ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่มียบัตรสุขภาพ มีน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 5.3 เมื่อทดสอบทางสถิติ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่ามีการคลอดทำผิดปกติ เพิ่มขึ้นทั้ง 3 กลุ่ม โดยที่กลุ่มที่มีบัตรสุขภาพ มีมากที่สุด คือร้อยละ 14.0 รองลงมาคือกลุ่มตำบลควบคุม ร้อยละ 11.8 ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพมีน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 8.8 เมื่อทดสอบทางสถิติ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 46 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามชนิดของการคลอด ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตร , ผู้ที่ไม่มีบัตร และตำบลควบคุม

ชนิดของ การคลอด	ตำบลศึกษา				ตำบลควบคุม	
	ผู้ที่มีบัตร		ผู้ที่ไม่มีบัตร			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>						
ปกติ	48	92.3	54	94.7	72	87.8
ช่วยคลอด	4	7.7	3	5.3	10	12.2
รวม	52	100.0	57	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 2.1214$, d.f = 2 , P - Value = 0.3462						
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>						
ปกติ	37	86.0	62	91.2	67	88.2
ช่วยคลอด	6	14.0	6	8.8	9	11.8
รวม	43	100.0	68	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 0.7435$, d.f = 2 , P - Value = 0.6895						

ส่วนสถานที่คลอดและผู้ทำคลอด ตามตารางที่ 47 พบว่า ในปีที่ 1 ของโครงการ ส่วนใหญ่จะคลอดในสถานบริการทางการแพทย์ โดยบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าตำบลควบคุมรับบริการมากที่สุด คือร้อยละ 90.2 รองลงมาคือกลุ่มผู้ที่มีบัตรสุขภาพคือ ร้อยละ 86.5 ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพมารับบริการน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 57.9 เมื่อทดสอบทางสถิติพบมีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (P - Value = 0.0000) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ กับผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพพบว่า พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (P - value = 0.0044)

ส่วนในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มมารับบริการในสถานบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น โดยค่าบิลควบคุมมารับบริการมากที่สุดคือร้อยละ 98.7 รองลงมาคือผู้ที่มีบัตรสุขภาพคือร้อยละ 93.0 ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่มียบัตรสุขภาพมารับบริการน้อยที่สุดคือร้อยละ 67.6 เมื่อทดสอบทางสถิติพบมีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P\text{-Value} = 0.0000$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ กับผู้ที่ไม่มียบัตรสุขภาพพบว่า พบว่ามีความแตกต่างด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P\text{-Value} = 0.0018$) (ตารางที่ 47)

ตารางที่ 47 จำนวนและร้อยละของมารดา จำแนกตามสถานที่คลอด ระยะเวลาของโครงการ และระหว่างผู้ที่มีบัตร , ผู้ที่ไม่มียบัตร และค่าบิลควบคุม

สถานที่คลอด	ค่าบิลศึกษา				ค่าบิลควบคุม	
	ผู้ที่มีบัตร		ผู้ที่ไม่มียบัตร		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปีที่ 1 ของโครงการ						
นอกสถานบริการ	7	13.5	24	42.1	8	9.8
ในสถานบริการ	45	86.5	33	57.9	74	90.2
รวม	52	100.0	57	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 23.7834$	, d.f = 2		, p - Value = 0.0000			
ปีที่ 2 ของโครงการ						
นอกสถานบริการ	3	7.0	22	32.4	1	1.3
ในสถานบริการ	40	93.0	46	67.6	75	98.7
รวม	43	100.0	68	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 31.1190$	, d.f = 2		, P - Value = 0.0000			

4.2.2.4 การรับบริการหลังคลอด

ในเรื่องการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ตามตารางที่ 48 พบว่าส่วนใหญ่ทั้ง 3 กลุ่ม มารับบริการน้อยอยู่ คือร้อยละ 17.3 , 14.0 และ 15.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่าทั้ง 3 กลุ่มมารับบริการตรวจหลังคลอดเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มผู้ที่มีบัตรสุขภาพมารับบริการมากที่สุด คือร้อยละ 48.8 รองลงมาคือกลุ่มตำบลควบคุมคือ ร้อยละ 30.3 ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่มียบัตรสุขภาพ มารับบริการน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 29.4 ซึ่งเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 48 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ระยะเวลาของโครงการและระหว่างผู้ที่มีบัตร , ผู้ที่ไม่มีบัตรและตำบลควบคุม

	ตำบลศึกษา				ตำบลควบคุม	
	ผู้ที่มีบัตร		ผู้ที่ไม่มียบัตร			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>						
ตรวจ	9	17.3	8	14.0	13	15.9
ไม่ตรวจ	43	82.7	49	86.0	69	84.1
รวม	52	100.0	57	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 0.2223$, d.f = 2 , P - Value = 0.8948						
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>						
ตรวจ	21	48.8	20	29.4	23	30.3
ไม่ตรวจ	22	51.2	48	70.6	53	69.7
รวม	43	100.0	68	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 5.3082$, d.f = 2 , P - Value = 0.0704						

สำหรับการคุมกำเนิดหลังคลอด ตามตารางที่ 49 พบว่า ในปีที่ 1 ของโครงการ ส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิดหลังคลอด โดยกลุ่มตำบลควบคุมมารับบริการมากที่สุดคือ ร้อยละ 65.8 รองลงมาคือ กลุ่มผู้ที่ไม่มียบัตรสุขภาพ คือ ร้อยละ 65.3 ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่มียบัตรสุขภาพเป็นผู้ที่มารับบริการน้อยที่สุดคือร้อยละ 56.1 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม มารับบริการคุมกำเนิด หลังคลอดเพิ่มขึ้น โดยที่กลุ่มผู้ที่มีบัตรสุขภาพ มารับบริการมากที่สุดคือ ร้อยละ 86.0 รองลงมาคือ ค่าบลดควบคุมร้อยละ 82.9 ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่ม่มีบัตรสุขภาพ มารับบริการน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 72.1 เมื่อทดสอบทางสถิติ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 49 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามการคุมกำเนิดหลังคลอด ระยะ เวลาของโครงการและระหว่างผู้ที่มีบัตร , ผู้ที่ไม่มีบัตร และค่าบลดควบคุม

การคุมกำเนิด	ค่าบลดศึกษา				ค่าบลดควบคุม	
	ผู้ที่มีบัตร		ผู้ที่ไม่ม่มีบัตร			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>						
คุม	34	65.4	32	56.1	54	65.9
ไม่คุม	18	34.6	25	43.9	28	34.1
รวม	52	100.0	57	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 1.5604$, d.f = 2 , P - Value = 0.4463						
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>						
คุม	37	86.0	49	72.1	63	82.9
ไม่คุม	6	14.0	19	27.9	13	17.1
รวม	43	100.0	68	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 4.003$, d.f = 2 , P - Value = 0.1494						

สำหรับจำนวนวันที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอด ในตารางที่ 50 พบว่าทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่มาคุมกำเนิดทั้งชนิดชั่วคราวและถาวร ภายใน 42 วัน หลังคลอดคือ ร้อยละ 47.1, 50.0 และ 40.7 ตามลำดับ แต่สำหรับจำนวนวันเฉลี่ยที่เริ่มคุมกำเนิด หลังคลอด พบว่าตำบลควนคู่มามีจำนวนวันเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 67.9 วัน รองลงมาคือ ผู้ที่มีบัตรสุขภาพ 75.6 วัน ส่วนผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ 94.8 วัน เมื่อทดสอบทางสถิติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่า ส่วนใหญ่ยังคงคุมกำเนิดในช่วง 42 วันหลังคลอดคือ ร้อยละ 59.5 , 49.0 และ 68.2 ตามลำดับแต่สำหรับจำนวนวันเฉลี่ยที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอด พบว่าตำบลควนคู่มารับบริการเร็วที่สุดคือ 44 วันรองลงมาคือ ผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ 73.6 วัน ส่วนกลุ่มผู้ที่มีบัตรสุขภาพ 81.1 วัน เมื่อทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P = 0.0412$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพกับผู้ที่ไม่บัตรสุขภาพ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 50 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามวันที่เริ่มคุมกำเนิด ระยะเวลาของโครงการและระหว่างผู้ที่มีบัตร , ผู้ที่ไม่มีบัตร และตำบลควนคู่ม

วันที่เริ่มคุมกำเนิด (วัน)	ตำบลศึกษา				ตำบลควนคู่ม	
	ผู้ที่มีบัตร		ผู้ที่ไม่บัตร			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>						
0 - 42	16	47.1	16	50.0	21	40.7
43 - 90	10	29.4	8	25.0	21	40.7
91 ขึ้นไป	8	23.5	8	25.0	12	18.6
รวม	34	100.0	32	100.0	54	100.0
$\chi^2 = 1.8141$, d.f = 4 , P - Value = 0.7690						
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>						
0 - 42	22	59.5	24	49.0	42	68.2
43 - 90	6	16.2	13	26.5	17	26.9
91 ขึ้นไป	9	24.3	12	24.5	4	4.9
รวม	37	100.0	49	100.0	63	100.0
$\chi^2 = 10.0676$, d.f = 4 , P - Value = 0.0412						

4.2.2.5 สภาพของบุตรหลังคลอด

สภาพทั่วไปของบุตรหลังคลอดในปีที่ 1 ของโครงการ พบมีการคลอดไร้ชีพในกลุ่มผู้ที่มีประวัติสุขภาพ 1 ราย ตำบลควบคุม 3 ราย คิดเป็น Fetal death rate 0.2 และ 0.4 ต่อ 1,000 ของการเกิดมีชีพ ตามลำดับ ไม่พบการคลอดไร้ชีพในกลุ่มผู้ที่มีประวัติสุขภาพ ส่วนสภาพหลังคลอดมีอาการหน้าเขียว ต้องช่วยหายใจเพียงร้อยละ 1.9 1.7 และ 2.5 ของกลุ่มผู้ที่มีประวัติสุขภาพ ไม่มีประวัติสุขภาพ และตำบลควบคุม ตามลำดับ และพบว่า เมื่อทดสอบระหว่างผู้ที่มีประวัติสุขภาพกับผู้ที่ไม่มียังประวัติสุขภาพ พบว่ามีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0054$) ในตำบลควบคุมมีเด็กเสียชีวิตหลังคลอด 1 ราย คิดเป็น Neonatal mortality rate 0.13 ต่อ 1,000 ของการเกิดมีชีพ

ส่วนในปีที่ 2 ของโครงการพบว่า ไม่มีการคลอดไร้ชีพในทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนสภาพหลังคลอด มีอาการหน้าเขียวต้องช่วยหายใจ ในกลุ่มผู้ที่มีประวัติสุขภาพร้อยละ 2.3 และตำบลควบคุมร้อยละ 1.3 สำหรับการเสียชีวิตหลังคลอด พบในกลุ่มผู้ที่มีประวัติสุขภาพ 1 ราย คิดเป็น Neonatal mortality rate 0.23 ต่อ 1,000 ของการเกิดมีชีพ

4.2.2.6 การได้รับภูมิคุ้มกันโรคภายใน 1 ปี

การได้รับภูมิคุ้มกันป้องกันวัณโรค ตามตารางที่ 51 พบว่า ส่วนใหญ่ทั้ง 3 กลุ่ม ได้รับภูมิคุ้มกันโรค โดยผู้ที่มีประวัติสุขภาพ มารับบริการมากที่สุด คือ ร้อยละ 98.1 รองลงมาคือตำบลควบคุม ร้อยละ 87.8 และผู้ที่ไม่มียังประวัติสุขภาพได้รับร้อยละ 82.5 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบมีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.319$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีประวัติสุขภาพกับผู้ที่ไม่มียังประวัติสุขภาพ พบว่ามีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0177$)

สำหรับในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่าส่วนใหญ่ทั้ง 3 กลุ่ม ได้รับภูมิคุ้มกันโรค โดยกลุ่มตำบลควบคุมได้รับมากที่สุด คือ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ผู้ที่มีประวัติสุขภาพคือร้อยละ 97.7 และผู้ที่ไม่มียังประวัติสุขภาพ ได้รับร้อยละ 89.7 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่ามีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0000$)

ตารางที่ 51 จำนวนและร้อยละของบุตร จำแนกตามการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกันวัณโรค ระยะเวลาของโครงการและระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพ ผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพและตำบลควบคุม

การได้รับ ภูมิคุ้มกัน	ตำบลศึกษา				ตำบลควบคุม	
	ผู้ที่มีบัตรสุขภาพ		ผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปีที่ 1 ของโครงการ						
ได้รับ	51	98.1	47	82.5	72	87.8
ไม่ได้รับ	1	1.9	10	17.5	10	12.2
รวม	52	100.0	57	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 6.9979$	d.f. = 2		P - Value = 0.319			
ปีที่ 2 ของโครงการ						
ได้รับ	42	97.7	61	89.7	76	100.0
ไม่ได้รับ	1	2.3	7	10.3	-	-
รวม	43	100.0	68	100.0	76	100.0
$\chi^2 =$	d.f. = 2		P - Value = 0.0000			

สำหรับการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ ครบ 3 ครั้ง ตามตารางที่ 52 ในปีที่ 1 ของโครงการ พบว่าผู้ที่มีบัตรสุขภาพได้รับบริการมากที่สุดคือ ร้อยละ 82.7 รองลงมาคือ ตำบลควบคุมร้อยละ 69.5 ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพได้รับน้อยที่สุด คือร้อยละ 69.5 เมื่อทดสอบพบว่ามีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0035$) และเมื่อทดสอบระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพกับผู้ที่ไม่บัตรสุขภาพ พบว่ามีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0054$)

ส่วนปีที่ 2 ของโครงการ พบว่า การได้รับภูมิคุ้มกันดังกล่าวครบ 3 ครั้ง ในตำบลควบคุมเพิ่มขึ้นมากคือ ร้อยละ 85.5 ส่วนตำบลศึกษา ปรากฏว่า ผู้รับบริการต่ำลงคือร้อยละ 67.5 และ 54.5 ตามลำดับ เมื่อทดสอบพบว่ามีความแตกต่างด้วยระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P - Value = 0.0020$)

ตารางที่ 52 จำนวนและร้อยละของบุตร จำแนกตามการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกันโควิด , ไอกรณ , บาดทะยักและโปลิโอ ระยะเวลาของโครงการ และระหว่าง ผู้ที่มีบัตร , ผู้ที่ไม่มีบัตร และตำบลควบคุม

การได้รับภูมิคุ้มกัน (ครั้ง)	ตำบลศึกษา				ตำบลควบคุม	
	ผู้ที่มีบัตร		ผู้ที่ไม่มีบัตร		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>						
ครบ 3 ครั้ง	43	82.7	31	54.4	57	69.5
ไม่ครบ	9	17.3	26	45.6	25	30.5
รวม	52	100.0	56	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 10.1724$, d.f = 2 , P - Value = 0.0035						
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>						
ครบ 3 ครั้ง	29	67.5	37	54.5	65	85.5
ไม่ครบ	14	32.5	31	45.5	11	24.5
รวม	43	100.0	68	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 16.7493$, d.f = 2 , P - Value = 0.0020						

สำหรับสถานที่รับภูมิคุ้มกันตามตารางที่ 53 พบว่าในปีที่ 1 ของโครงการ ส่วนใหญ่ผู้รับบริการจะไปรับบริการในสถานอนามัย โดยกลุ่มผู้ที่มีบัตรสุขภาพมารับบริการมากที่สุด คือ ร้อยละ 88.5 รองลงมา คือ ตำบลควบคุม ร้อยละ 84.1 และผู้ที่ไม่ มีบัตรสุขภาพน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 73.6 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่า การรับบริการในสถานอนามัยลดลง เล็กน้อย แต่ก็ยังคงไปรับบริการในสถานอนามัยส่วนใหญ่ คือร้อยละ 76.7, 77.9 และ 75.0 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 53 จำนวนและร้อยละของบุตรจำแนกตามสถานบริการที่รับภูมิคุ้มกัน ระยะ
เวลาของโครงการและระหว่างผู้ที่มีบัตร , ผู้ที่ไม่มีบัตร และตำบลควบคุม

สถานที่รับภูมิคุ้มกัน	ตำบลศึกษา				ตำบลควบคุม	
	ผู้ที่มีบัตร		ผู้ที่ไม่มีบัตร		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<u>ปีที่ 1 ของโครงการ</u>						
สถานีอนามัย + อื่น ๆ	46	88.5	42	73.6	67	81.7
รพช + รพค	6	11.5	15	26.4	15	18.3
รวม	52	100.0	57	100.0	82	100.0
$\chi^2 = 4.4486$	, d.f = 2		, P - Value = 0.1131			
<u>ปีที่ 2 ของโครงการ</u>						
สถานีอนามัย + อื่น ๆ	33	76.7	53	77.9	57	75.0
รพช + รพค	10	23.3	15	22.1	19	25.0
รวม	43	100.0	68	100.0	76	100.0
$\chi^2 = 0.1854$	, d.f = 2		, P - Value = 0.9118			

สรุปผลและเปรียบเทียบการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ระหว่างผู้ที่มีบุตรสุขภาพ ผู้ที่ไม่มีบุตรสุขภาพ ทั้งในตำบลศึกษา และตำบลควบคุม

1. ผู้ที่มีบุตรสุขภาพมักจะมีลักษณะการตั้งครรภ์ หรือการรับบริการอนามัยแม่และเด็กดีกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน ได้แก่ อายุน้อยกว่า ลำดับครรภ์น้อย น้ำหนักแรกคลอดทารกมาก การมารับบริการตรวจครรภ์ การมาตรวจครรภ์ในไตรมาสแรกเพิ่มขึ้น การตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปเพิ่มขึ้น

2. ผู้ที่ไม่มีบุตรสุขภาพตำบลควบคุมมีการรับบริการที่ดีกว่ากลุ่มผู้ที่มีบุตรสุขภาพในตำบลศึกษา ได้แก่ จำนวนวันที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอดเร็วกว่า การได้รับภูมิคุ้มกันป้องกันวัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยักและโปลิโอ 3 ครั้ง

3. ตัวแปรที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตลอดระยะเวลา 2 ปี ได้แก่ ชนิดของการคลอด การตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ การคุมกำเนิดหลังคลอด และสถานที่รับภูมิคุ้มกันโรค

4.3 ผลของการวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant Analysis)

การวิเคราะห์การจำแนกประเภทแบบวิธีตรง โดยนำลักษณะทั่วไปของมารดาและบุตร ลักษณะการรับบริการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ได้แก่

อายุของมารดา , ลำดับครรภ์ , การตรวจครรภ์ , อายุครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ครั้งแรก
จำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ , สถานที่ตรวจครรภ์ , ชนิดของการคลอด , สถานที่
คลอด , ผู้ทำคลอด , สถานีมารดาหลังคลอด , การตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ , วันที่
เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอด , การคุมกำเนิด , น้ำหนักแรกคลอดของบุตร , อาการทารก
ขณะคลอด , อาการทารกหลังคลอด , สถานทารกเมื่อจำหน่าย , การได้รับวัคซีนป้องกัน
วัณโรค , การได้รับวัคซีนป้องกัน คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ สถานที่รับวัคซีน
มาเข้าสมการจำแนกประเภท

ในปีที่ 1 ของโครงการบัตรสุขภาพ ผลปรากฏว่าลักษณะทั่วไปของมารดา
และบุตร ลักษณะการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัวทุกลักษณะ
ยกเว้น สถานีมารดาหลังคลอด สถานบุตรเมื่อจำหน่าย เป็นตัวแปรร่วมที่สามารถจำแนก
กลุ่มมารดาที่มีบัตรสุขภาพ ออกจากกลุ่มมารดาที่ไม่มีบัตรสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ
(P = 0.0000)

ซึ่งลักษณะทั่วไปและลักษณะการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผน
ครอบครัวดังกล่าว คำนวณจากสมการจำแนกประเภท โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สมการ
จำแนกประเภทของคะแนนดังนี้ $D = 7.33 + 0.67X_1 - 0.31X_2 - 3.02X_3 +$
 $0.15X_4 + 0.11X_5 + 0.26X_6 - 0.86X_7 + 0.13X_8 - 0.23X_9 - 0.18X_{10} +$
 $0.12X_{11} - 0.17X_{12} - 4.50X_{13} - 0.60X_{14} - 0.96X_{16} - 0.18X_{17} +$
 $0.13X_{18}$

- D = คะแนนการจำแนกประเภทของมารดาที่มีบัตรสุขภาพ
- X 1 = อายุของมารดา
- X 2 = ลำดับครรภ์
- X 3 = การฝากครรภ์
- X 4 = อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก
- X 5 = จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์
- X 6 = สถานที่ฝากครรภ์
- X 7 = ชนิดของการคลอด
- X 8 = สถานที่คลอด
- X 9 = การตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์
- X 10 = จำนวนวันที่เริ่มคุมกำเนิด
- X 11 = การคุมกำเนิด
- X 12 = น้ำหนักแรกคลอดของบุตร

- X 13 = สถานบุตรขณะคลอด
 X 14 = อาการบุตรหลังคลอด
 X 15 = สถานบุตรเมื่อจำหน่าย
 X 16 = การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค
 X 17 = การได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ
 X 18 = สถานที่รับวัคซีน

ตารางที่ 54 ค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกของลักษณะทั่วไปและลักษณะการรับบริการอนามัย
 แม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ในสมการจำแนกประเภท

ลักษณะทั่วไปและลักษณะ การรับบริการ	ค่าสัมประสิทธิ์จำแนกประเภท	
	คะแนนมาตรฐาน	คะแนนดิบ
การตรวจครรภ์	- 1.25394	- 3.022699
สถานที่ตรวจครรภ์	0.92943	0.2581439
สถานที่รับวัคซีนของบุตร	0.54294	0.1345248
สถานบุตรขณะคลอด	- 0.43124	- 4.500385
ลำดับครรภ์	- 0.37437	- 0.3094527
อายุมารดา	0.35835	0.665947
จำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์	0.30577	0.1055243
การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค	- 0.28298	- 0.9636735
การได้รับวัคซีนป้องกัน คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ	- 0.22420	- 0.1793263
อายุครรภ์ที่มาตรวจครรภ์	0.15975	0.1470366
น้ำหนักแรกคลอดของบุตร	- 0.15509	- 0.1715254
สถานที่คลอด	0.15035	0.1318790
จำนวนวันคุมกำเนิดหลังคลอด	- 0.14963	- 0.1826819
การคุมกำเนิด	0.14043	0.1226768
อาการบุตรหลังคลอด	- 0.10022	- 0.6004733
การตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์	- 0.08334	- 0.2278127
ชนิดของการคลอด	- 0.02131	- 0.8622928
ค่าคงที่		7.327832

จากตารางที่ 54 พบว่า การตรวจครรภ์ มีค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกคะแนนมาตรฐานสูงที่สุด (1.25394) รองลงมาได้แก่ สถานที่ตรวจครรภ์ (0.92943) และสถานที่รับวัคซีนของบุตร (0.54294) ตามลำดับ

หมายความว่า การตรวจครรภ์ มีค่าสัมประสิทธิ์กับการมีบุตรสุขภาพมากที่สุด รองลงมาได้แก่ สถานที่ตรวจครรภ์ สถานที่รับวัคซีนของบุตร ส่วนลักษณะที่พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์น้อยที่สุดคือ ชนิดของการคลอด (คลอดปกติ , ้วยคลอด)

ตารางที่ 55 ค่าค่า ๗ ที่ใช้ในการตัดสินใจสมการจำแนกประเภท

DISCRIMINANT FUNCTION	EIGEN VALUE	RELATIVE PERCENTAGE	CONONICAL CORRELATION	WILK'S LAMBDA	CHI SG	DF	SIG
1	1.554	100.0	0.780	0.391	90.66	17	0.0000

จากตารางที่ 55 สมการที่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0000 และมีค่า Cononical Correlation สูง (0.78) แสดงให้เห็นว่าสมการที่ได้มีอำนาจในการจำแนกสูง ซึ่งสอดคล้องกับค่าของ Wilk's Lambda ซึ่งมีค่าต่ำ (0.391) แสดงว่ามีอำนาจในการแบ่งแยกกลุ่มได้ดี

จากการนำสมการนี้ไปคาดคะเนความเป็นสมาชิกของกลุ่มได้ถูกต้องร้อยละ 86.4 ของตัวอย่างทั้งหมด ดังผลปรากฏในตารางที่ 56

ตารางที่ 56 ผลของการคาดประมาณโดยสมการจำแนกประเภทที่ได้

กลุ่มจริง	กลุ่มคาดคะเน		จำนวนราย
	ผู้ที่ไม่มียุติกรรมสุขภาพ	ผู้ที่มีบุตรสุขภาพ	
ผู้ที่ไม่มียุติกรรมสุขภาพ	50 (87.7%)	7 (12.3%)	57
ผู้ที่มีบุตรสุขภาพ	8 (15.4%)	46 (84.6%)	52

ร้อยละของกรณีที่ถูกคาดได้ถูกต้อง = 86.4

ในปีที่ 2 ของโครงการบัตรสุขภาพ ผลปรากฏว่าลักษณะทั่วไปของมารดา และบุตร ลักษณะการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัวทุกลักษณะ ยกเว้น สถานมารดาหลังคลอด สถานบุตรขณะคลอด สถานบุตรเมื่อจำหน่าย เป็นตัวแปร ร่วมที่สามารถจำแนกกลุ่มมารดาที่มีบัตรสุขภาพ ออกจากกลุ่มมารดาที่ไม่มีบัตรสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.0000$)

ซึ่งลักษณะทั่วไป และลักษณะการรับบริการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวดังกล่าว คำนวณจากสมการจำแนกประเภท โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สมการ จำแนกประเภทของคะแนนดิบดังนี้

$$D = -8.28 + 0.13X_1 - 0.61X_2 + 0.39X_3 - 0.42X_4 + 0.19X_5 + 0.35X_6 + 0.49X_7 - 0.12X_8 + 0.33X_9 + 0.57X_{10} - 0.33X_{11} + 0.17X_{12} + 2.01X_{14} + 0.12X_{16} + 0.32X_{17} - 0.74X_{18}$$

ตารางที่ 57 - ค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกของลักษณะทั่วไป และลักษณะการรับบริการ อนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ในสมการจำแนกประเภท

ลักษณะทั่วไปและลักษณะการรับบริการ	ค่าสัมประสิทธิ์จำแนกประเภท	
	คะแนนมาตรฐาน	คะแนนดิบ
อายุมารดา	0.62848	0.1252509
จำนวนครั้งการตรวจครรภ์	0.55328	0.190045
ลำดับครรภ์	- 0.51874	- 0.6162351
การได้รับวัคซีน คอตีบ , ไอกรน		
บาดทะยัก , โปลิโอ	0.43165	0.3221055
อายุครรภ์	- 0.40359	- 0.4219207
จำนวนวันคุมหลังคลอด	0.32849	0.5665041
สถานที่รับภูมิกัมกัน	- 0.31285	- 0.7455506
การคุมกำเนิด	- 0.29640	- 0.3277878
อาการบุตรหลังคลอด	0.19030	2.010334
การตรวจครรภ์	0.16404	0.39938727
การตรวจหลังคลอด	0.15957	0.3341095
สถานที่ตรวจครรภ์	0.14452	0.3511718
สถานที่คลอด	- 0.12802	- 0.1173894
น้ำหนักแรกคลอด	0.09919	0.1725093

ลักษณะทั่วไปและลักษณะ การรับบริการ	ค่าสัมประสิทธิ์จำแนกประเภท	
	คะแนนมาตรฐาน	คะแนนดิบ
การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค	0.03160	0.224568
ชนิดของการคลอด	0.01559	0.4990318
ค่าคงที่		- 0.279185

จากตารางที่ 57 พบว่า อายุของมารดามีค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกคะแนนมาตรฐาน (0.62848) รองลงมาได้แก่ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ((0.55328) ลำดับครรภ์ (0.51874) ตามลำดับ

หมายความว่า อายุของมารดามีความสัมพันธ์กับการมีบุตรสุขภาพมากที่สุด รองลงมาได้แก่ จำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ และอื่น ๆ ตามลำดับ ส่วนลักษณะที่พบว่ามีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ชนิดของการคลอด (คลอดปกติ , ้วยคลอด)

ตารางที่ 58 ค่าต่าง ๆ ที่ใช้ในการตัดสินใจสมการจำแนกประเภท

Discriminant Function	Eigen Value	Relative Percentage	Cononical Correlation	Wilk's Lambda	Chi Sq	df	Sig
1	0.929	100.0	0.694	0.518	65.379	16	0.000

จากตารางที่ 58 สมการที่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0000 และมีค่า Cononical Correlation ปานกลาง (0.69) แสดงให้เห็นว่าสมการที่ได้มีอำนาจในการจำแนกปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับค่าของ Wilk's Lambda ซึ่งมีค่าปานกลาง (0.518) แสดงว่า มีอำนาจในการแบ่งแยกกลุ่มได้ดีปานกลาง

จากสมการข้างต้นไปคาดคะเนความเป็นสมาชิกของกลุ่มได้ถูกต้องร้อยละ 83.79 ของตัวอย่างทั้งหมด ดังปรากฏผลในตารางที่ 59

ตารางที่ 59 ผลของการคาดประมาณโดยสมการจำแนกประเภทที่ได้

กลุ่มจริง	กลุ่มคาดคะเน		
	ผู้ที่ไม่มียุติกรรม	ผู้ที่มีมียุติกรรม	จำนวนราย
ผู้ที่ไม่มียุติกรรม	54 (79.4%)	14 (20.6%)	68
ผู้ที่มีมียุติกรรม	4 (9.3%)	39 (90.7%)	43

ร้อยละของกรณีที่ถูกคัดได้ถูกต้อง = 83.78

เมื่อพิจารณาผลงาน 2 ปีของโครงการยุติกรรม ผลปรากฏว่า ลักษณะทั่วไปของมารดาและบุตร ลักษณะการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัวทุกลักษณะ ยกเว้น สถานะมารดาหลังคลอด เป็นตัวแปรร่วมที่สามารถจำแนกจำแนกกลุ่มมารดาที่มีมียุติกรรมออกจากกลุ่มมารดาที่ไม่มีมียุติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.0000$)

ซึ่งลักษณะทั่วไปและลักษณะ การรับบริการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวดังกล่าว คำนวณจากสมการจำแนกประเภท โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกประเภทของคะแนนดังนี้

$$D = 1.15 + 0.76X_1 - 0.35X_2 - 0.83X_3 + 0.10X_4 + 0.13X_5 + 0.16X_6 - 0.88X_7 + 0.13X_8 - 0.14X_9 + 0.12X_{10} - 0.49X_{11} - 0.61X_{12} - 3.04X_{13} - 0.33X_{14} + 0.32X_{15} - 0.55X_{16} - 0.16X_{17} + 0.65X_{18}$$

ตารางที่ 60 ค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกของลักษณะทั่วไป และลักษณะการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ในสมการจำแนกประเภท

ลักษณะทั่วไปและลักษณะ การรับบริการ	ค่าสัมประสิทธิ์จำแนกประเภท	
	คะแนนมาตรฐาน	คะแนนดิบ
สถานที่ตรวจครรภ์	0.62737	0.1590225
อายุมารดา	0.40043	0.7613890
จำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์	0.38250	0.1277011
ลำดับครรภ์	- 0.37098	- 0.3498547

(ต่อตารางที่ 60)

ลักษณะทั่วไปและลักษณะ การรับบริการ	ค่าสัมประสิทธิ์จำแนกประเภท	
	คะแนนมาตรฐาน	คะแนนดิบ
การตรวจครรภ์	- 0.34662	- 0.8349274
สถานที่รับภูมิคุ้มกัน	0.26931	0.6477275
สถานบุตรขณะคลอด	- 0.2056	- 3.039796
การได้รับภูมิคุ้มกันวัณโรค	- 0.15075	- 0.5455431
สถานที่คลอด	- 0.14352	0.1285785
อายุครรภ์ที่ตรวจครรภ์ครั้งแรก	- 0.10247	0.1004003
จำนวนวันเริ่มคุมกำเนิด	0.08768	0.1237652
การตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์	- 0.06072	- 0.1379218
การคุมกำเนิดหลังคลอด	- 0.05092	- 0.4918141
สถานบุตรเมื่อจำหน่าย	0.04760	0.3159001
น้ำหนักแรกคลอดของบุตร	- 0.04699	- 0.6107672
สถานหลังคลอด	- 0.04493	- 0.3334590
ชนิดของการคลอด	- 0.02488	- 0.8831196
การได้รับภูมิคุ้มกันโรคคอตีบ , ไอกรน		
บาดทะยัก , โปลิโอ	- 0.02136	- 0.1645537
ค่าคงที่		1.149589

จากตารางที่ 60 พบว่า สถานที่ตรวจครรภ์มีค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกคะแนนมาตรฐานสูงที่สุด (0.62737) รองลงมาได้แก่ อายุมารดา (0.40043) และจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ (0.38250)

หมายความว่า สถานที่ตรวจครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมีบุตรสุขภาพมากที่สุดรองลงมาคือ อายุมารดา ตามลำดับ ส่วนลักษณะที่พบว่า มีความสัมพันธ์น้อยที่สุดคือการได้รับวัคซีนป้องกันคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และ โปลิโอ

ตารางที่ 61 ค่าต่าง ๆ ที่ใช้ในการตัดสินใจจำแนกประเภท

Discriminant Function	Eigen Value	Relative Percentage	Cononical Correlation	Wilk's Lambda	Chi Sp	d.f	Sig
1	0.80871	100.0	0.669	0.553	122.79	18	0.0000

จากตารางที่ 61 สมการที่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0000 และมีค่า Cononical Correlation ปานกลาง (0.66) แสดงให้เห็นว่าสมการที่ได้มีอำนาจในการจำแนกประเภทปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับค่า Wilk's Lambda มีค่าปานกลาง (0.553) แสดงว่ามีอำนาจในการแบ่งกลุ่มได้ดีปานกลาง

จากสมการข้างต้น ไปคาดคะเนความเป็นสมาชิกของกลุ่มได้ถูกต้องร้อยละ 83.64 ของตัวอย่างทั้งหมด ดังปรากฏผลในตารางที่ 62

ตารางที่ 62

กลุ่มจริง	กลุ่มคาดคะเน		จำนวนราย
	ผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ	ผู้ที่มีบัตรสุขภาพ	
ผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ	104 (83.2%)	21 (16.8%)	125
ผู้ที่มีบัตรสุขภาพ	15 (15.8%)	80 (84.2%)	95

ร้อยละของกรณีที่คาดได้ถูกต้อง = 83.64

สรุป สมการที่ได้จากการวิเคราะห์จำแนกประเภทสามารถแยกลักษณะผู้ที่มีบัตรสุขภาพและผู้ที่ไม่บัตรสุขภาพได้ถูกต้องดังนี้

1) ปีที่ 1 ของโครงการ สามารถจำแนกได้ถูกต้อง ร้อยละ 86.4 โดยพบว่าการตรวจครรภ์เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุด รองลงมาคือสถานที่ตรวจครรภ์และสถานที่รับวัคซีนของบุตร

2) ปีที่ 2 ของโครงการ สามารถจำแนกได้ถูกต้อง ร้อยละ 83.8 โดยพบว่าตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุดคืออายุมารดา รองลงมาคือจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์และลำดับครรภ์

เมื่อรวมผลงาน 2 ปีของโครงการร้อยละ 83.6 โดยพบว่าสถานที่ตรวจครรภ์เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุด รองลงมาคือ อายุของมารดาและจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์

บทที่ 5

การอภิปรายผลข้อมูล

ในบทนี้ได้แบ่งเนื้อหาในการวิจารณ์ออกเป็น 2 ตอน ได้แก่

5.1 ระเบียบวิธีการวิจัย และข้อมูลที่ทำให้การวิจัย

5.2 ผลการวิจัยและการประยุกต์ใช้

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 ระเบียบวิธีการวิจัย และข้อมูลที่ทำให้การวิจัย

5.1.1 รูปแบบการวิจัย เนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลังแบบ Retrospective Study จึงได้มีข้อจำกัดของตัวแปรบางตัวที่ต้องการศึกษา ทั้งนี้เพราะมีมารดาส่วนหนึ่งไม่เคยมารับบริการก่อนคลอด บริการการคลอด บริการหลังคลอด หรือไม่เคยนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันเลย ซึ่งทำให้ข้อมูลขาดหายไป เช่น น้ำหนักแรกคลอดของบุตร ประวัติเกี่ยวกับการคลอดบุตร เป็นต้น ซึ่งพบว่ามิได้มีผู้มารับบริการเลยในตำบลศึกษา ในปีก่อนมีโครงการร้อยละ 19.3, ในปีที่ 1 ของโครงการร้อยละ 10.1 และในปีที่ 2 ของโครงการ ร้อยละ 7.7 ส่วนในตำบลควบคุม ในปีก่อนมีโครงการ ร้อยละ 2.5 ในปีที่ 1 ของโครงการ ร้อยละ 12.2 ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลผิดพลาดได้ทั้งหมดประมาณ ร้อยละ 10.5

5.1.2 ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานั้น กลุ่มศึกษาเป็นมารดาและบุตรในตำบลที่มีโครงการบัตรสุขภาพ 1 ตำบล และในตำบลที่ไม่มีบัตรสุขภาพ 1 ตำบล ทุกคนที่คลอดในระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2526 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2529 ทั้งสิ้น 600 คน สำหรับความเชื่อถือได้และความถูกต้องของข้อมูลนั้น ข้อมูลที่น่าจะเชื่อถือได้ เพราะเป็นข้อมูลจากสมุดบันทึก และแบบบันทึกต่าง ๆ จากสถานบริการต่างๆ ได้แก่ สถานีอนามัยตำบล 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และจากสูติบัตรประจำอำเภอ ซึ่งจะต้องผ่านการตรวจสอบความถูกต้องอยู่เป็นประจำ เนื่องจากต้องมีการรายงานต่อหน่วยเหนือต่อไป ขณะทำการรวบรวม รวมได้ประมาณ ร้อยละ 90

5.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จากข้อจำกัดของรูปแบบการศึกษาวิจัย ที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง ผู้วิจัยตระหนักดีว่า อาจจะมีผลต่อความครบถ้วนของข้อมูลได้ ผู้วิจัยจึงสร้างแบบบันทึกข้อมูลให้มีไม่มากนัก แต่สามารถตอบวัตถุประสงค์และคำถามของการวิจัยได้ อีกทั้งสร้างตารางจัดกลุ่มตัวแปร เพื่อวางแผนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ซึ่งแบบบันทึกมีทั้งหมด 23 ข้อ สำหรับความถูกต้องของเนื้อหาในแบบบันทึกนั้น นอกจากผู้วิจัยได้ตรวจสอบเองแล้ว ยังได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 ท่าน ช่วยตรวจสอบให้ และปรับปรุงก่อนนำไปใช้ในการวิจัยจริง

5.1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูล 5 แห่ง คือ

โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง อ.เมือง จ.ลำปาง

โรงพยาบาลแจ้ห่ม อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง

สถานีอนามัยตำบลแม่สุก อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง

สถานีอนามัยตำบลบ้านสา อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง

ที่ว่าการอำเภอแจ้ห่ม อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง

ผู้วิจัยได้จัดบันทึกข้อมูลที่ต้องการ จากสมุดทะเบียนและแบบบันทึกต่าง ๆ ในสถานที่ 5 แห่ง ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น ด้วยตนเอง ซึ่งได้รับความสะดวกในเรื่องสถานที่ เจ้าหน้าที่ ขณะเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

รายชื่อของผู้คลอดทั้งหมด ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2526 - 31 ตุลาคม 2529 นั้น ผู้วิจัยได้จดจากสมุดทะเบียนคลอด ของโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง โรงพยาบาลแจ้ห่ม สถานีอนามัยตำบลบ้านสา สถานีอนามัยตำบลแม่สุก และสุติบัตรที่ว่าการอำเภอแจ้ห่ม

เกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา จดจากแบบบันทึกอนามัยมารดา (รพ. 1 ต. 05) แต่สำหรับที่โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง ใช้สมุดบันทึกการรับฝากครรภ์ ผู้ป่วยรายเก่า - รายใหม่

เกี่ยวกับประวัติการคลอดของมารดาและบุตร จดจากสมุดบันทึกผู้คลอดของ โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยตำบล 2 แห่ง นอกจากนี้ได้ตรวจสอบจากใบรับ - ส่ง ผู้ป่วย ซึ่งโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง โรงพยาบาล

ชุมชน ได้ส่งมายังสถานีอนามัย เพื่อให้ดูแลมารดาหลังคลอด และนำบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรคต่อไป

ประวัติการตรวจหลังคลอด การคุมกำเนิด ได้จากแบบบันทึก ผู้รับบริการวางแผนครอบครัว (วค. 01) ของสถานีอนามัยตำบลบ้านลา ตำบลแม่สุก โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง

อย่างไรก็ตาม มีปัญหาในการเก็บข้อมูลในลักษณะเหมือนกันทั้ง 2 ตำบล เนื่องจากผู้รับบริการ 1 คนไปรับบริการหลายแห่ง ซึ่งปัญหาที่พบคือ

รายชื่อ นามสกุล ซ้ำกัน ก็แก้ปัญหาโดยการตรวจสอบ อายุ ที่อยู่ ลำดับครรภ์ วันที่คลอด เพศบุตร ซึ่งก็สามารถแยกรายชื่อ นามสกุลที่ซ้ำกันได้

ผู้รับบริการ 1 คน แต่มี 2 ชื่อ และ 2 นามสกุล ทั้งนี้เนื่องจากชาวชนบทแต่งงานแล้วไม่ได้เปลี่ยนนามสกุล จึงทำให้ไม่เข้าใจว่า ตนเองและบุตรควรจะใช้นามสกุลของใคร บางครั้งก็ใช้นามสกุลของตนเอง บางครั้งก็ใช้นามสกุลสามี ซึ่งก็แก้ปัญหาเช่นเดียวกับกรณีที่ รายชื่อและนามสกุลซ้ำกัน

แต่ปัญหาที่พบทั้ง 2 ประการนี้ มีไม่มากนัก คือประมาณร้อยละ 5 และพบได้ทั้งกรณีของมารดาและบุตร บางรายที่ใช้วิธีตรวจสอบดังกล่าวไม่ได้ผล ก็สอบถามจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนั้นๆ

ความครบถ้วนของข้อมูลนั้น ผู้วิจัยคิดว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ เนื่องจากได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ ในสถานบริการต่างๆ เป็นอย่างดี ประมาณว่าสามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน ร้อยละ 90

5.1.5 ขั้นตอนและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ใช้โปรแกรม SPSSX และ SPSS ได้ทำการตรวจสอบแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องแล้ว ความผิดพลาดในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์คิดว่ามีน้อยมาก

5.2 ผลการวิจัยและการประยุกต์ใช้

5.2.1 ผลการวิจัย

5.2.1.1 การเปรียบเทียบผลงานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ก่อนมีโครงการบัตรสุขภาพ 1 ปี กับระยะที่มีโครงการบัตรสุขภาพ 2 ปี

ผลงานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ระยะก่อนมีโครงการกับระยะหลังมีโครงการของตำบลศึกษา มีการเปลี่ยนแปลงไม่เหมือนกันคือตัวแปรบางตัวมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ตลอดระยะเวลา 3 ปี และตัวแปรบางตัวเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้วยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ตั้งแต่ปีที่ 1 หรือปีที่ 2 ของโครงการ แต่อย่างไรก็ตามก็มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นและการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันนี้อาจเนื่องจาก

5.2.1.1.1. โครงการนี้เป็นโครงการใหม่ยังมีผู้รับบริการบางส่วนที่ไม่เห็นความจำเป็นหรือความสำคัญของการมีบัตรสุขภาพ โดยเห็นได้จาก มีผู้ถือบัตรสุขภาพประมาณร้อยละ ร้อยละ 50 ซึ่งบัตรสุขภาพอาจมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ผู้รับบริการสนใจมารับบริการเพิ่มขึ้น เนื่องจากสิทธิของผู้ที่มีบัตรสุขภาพจะได้รับบริการตรวจครรภ์ การคลอด การตรวจหลังคลอด และการได้รับภูมิคุ้มกันของทารก ในสถานบริการทางการแพทย์หรือโดยบุคลากรที่ได้รับการอบรมแล้ว ในราคาเพียง 100 บาทเท่านั้น

5.2.1.1.2. ตัวแปรบางตัวที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในปีแรกของโครงการ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ การรับวัคซีนป้องกันวัณโรคนั้น เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องน้อยกว่า คือสามารถเปลี่ยนแปลงไปได้จากโครงการบัตรสุขภาพโดยตรง เพราะเป็นสิทธิที่ได้จากบัตรสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับวัคซีนป้องกันวัณโรค เป็นวัคซีนที่ต้องได้รับเพียงครั้งเดียว ดังนั้นจึงไม่เป็นการยุ่งยากสำหรับผู้รับบริการ และผู้รับบริการบางส่วนที่มีบัตรสุขภาพต้องการใช้สิทธิของตน ซึ่งตรงกับการศึกษาของศูนย์ฝึกและอบรมอนามัยแม่และเด็กกรุงเทพมหานคร (15) และ อรชร ศาสตร์ราชวาทะ (16) ที่พบว่า การรับบริการเหล่านี้ดีขึ้นหลังมีโครงการ

5.2.1.1.3. ส่วนตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างช้าๆ คือมีการเปลี่ยนแปลงด้วยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ในปี 2 ของโครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่อง อายุของมารดา ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก การมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การศึกษา เศรษฐฐานะ อายุแรกสมรส การคุมกำเนิดหลังการสมรส เป็นต้น ส่วนเรื่องชนิดของการคลอดนั้น มีการช่วยคลอดเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจาก มีการไปรับบริการตรวจครรภ์และคลอดในสถานบริการเพิ่มขึ้น มีการตัดสินใจช่วยคลอดมากขึ้น อายุครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ครั้งแรก และการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างช้าๆ อาจเนื่องจาก ผู้รับบริการอาจจะยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องหรือไม่สนใจ หรือไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ จึงทำให้ไปรับบริการยังไม่มากนัก ซึ่งตรงกับการศึกษาของศูนย์ฝึกและอบรมอนามัยแม่และเด็กกรุงเทพมหานคร (15)

5.2.1.1.4. ตัวแปรบางตัวมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ลำดับครรภ์ น้ำหนักแรกคลอดของบุตร การตรวจครรภ์ สถานที่และผู้ทำคลอด จำนวนวันที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอด และการได้รับวัคซีนป้องกัน คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และโปลิโอ 3 ครั้ง เป็นเพราะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องโดยเฉพาะในเรื่องน้ำหนักแรกคลอดของบุตร แต่ก็มีแนวโน้มว่ากลุ่มน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัมลดลง อาจจะเนื่องจากการดูแลการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ซึ่งมีผู้ศึกษาพบว่า การตรวจครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง มีความสัมพันธ์กับการคลอดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (23 - 28) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีการตรวจครรภ์เพิ่มขึ้นบ้าง แม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับสถานที่คลอด มีการคลอดในสถานบริการเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอาจจะเนื่องจาก โรงพยาบาลชุมชนได้ขยายเป็นโรงพยาบาล 30 เตียง มีขีดความสามารถในการให้บริการเพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้รับบริการหันมาใช้บริการในระดับอำเภอเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งตรงกับการศึกษาของ สันทัต เสริมศรีและเจมส์ เอน ไรลีย์ ที่พบว่า ความรู้สึกด้านจิตใจ มีส่วนในการตัดสินใจเลือกสถานที่รักษา คือจะเลือกในสถานที่ที่คิดว่าปลอดภัยและระยะทางไม่ไกล อีกทั้งผู้รับบริการร้อยละ 70 มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย จึงต้องการใช้สิทธิของตน ส่วนจำนวนวันที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอดพบว่า มีการคุมกำเนิดในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอดเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะมีการตรวจหลังคลอดเพิ่มขึ้นจึงได้รับการคุมกำเนิดหลังคลอดไปด้วย ส่วนการได้รับวัคซีนป้องกัน คอตีบ ไอกรณ บาดทะยักและโปลิโอ 3 ครั้ง ยังต่ำอยู่ อาจจะเนื่องจากระยะเวลาที่ผู้วิจัยติดตามผู้รับบริการไม่ครบ 1 ปี (ในปีที่ 2 ของโครงการ) จึงทำให้ผลงานต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

5.2.1.2. ผลงานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวระหว่างตำบลที่ศึกษากับตำบลควบคุมในระยะเวลาเดียวกัน มีรายละเอียดต่อไปนี้

5.2.1.2.1. ตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยตำบลที่ศึกษาขึ้นเทียบเท่าหรือมากกว่าตำบลควบคุม ด้วยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มีอยู่ 3 ตัวแปร คือ สถานที่รับภูมิคุ้มกัน และอายุครรภ์ที่มาตรวจครั้งแรก และจำนวนครั้งที่มาตรวจครรภ์ กล่าวคือตำบลศึกษามีการไปรับบริการในสถานอนามัยเพิ่มทุกปี และมาตรวจครรภ์ในไตรมาสแรกเพิ่มขึ้น ย่อมแสดงให้เห็นว่า โครงการบัตรสุขภาพน่าจะมีส่วนช่วยให้ผู้รับบริการมารับบริการเพิ่มขึ้น และโดยเฉพาะอย่างยิ่งมารับบริการในสถานอนามัยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งก็เป็นการตอบสนองนโยบายงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่ต้องการให้ประชาชนรับบริการในท้อง

ถิ่นให้มากที่สุด และเป็นการลดภาระผู้รับบริการในรายที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ลง จะเห็นได้ว่าโครงการบัตรสุขภาพในตำบลของจังหวัดลำปางประสบผลสำเร็จในแง่นี้เป็นอย่างดี

5.2.1.2.2. ตัวแปรซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโดยที่ตำบลควบคุมดีกว่าตำบลศึกษาด้วยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้แก่การตรวจครรภ์ สถานที่คลอด ระยะเวลาที่คุมกำเนิดหลังคลอด และการได้รับวัคซีนป้องกันคอตีบ ไอกรณ บาดทะยักและโปลิโอครบ 3 ครั้ง ผลจากการศึกษานี้ ผิดไปจากที่ตั้งสมมติฐานไว้ อาจจะเนื่องจากมีอิทธิพลของปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้อง ได้แก่

การคมนาคม

ที่ตั้งของสถานีอนามัยทั้ง 2 แห่ง ตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนมีการคมนาคมค่อนข้างสะดวก แต่เมื่อพิจารณาโดยแท้จริงแล้ว ปรากฏว่า สถานีอนามัยตำบลควบคุมตั้งอยู่ติดถนนใหญ่สายลำปาง-แจ้ห่ม ส่วนสถานีอนามัยตำบลศึกษาตั้งอยู่ในหมู่บ้าน ห่างจากถนนใหญ่ที่เชื่อมต่อระหว่างหมู่บ้านเข้าไป 1 กิโลเมตร อีกทั้งสถานีอนามัยตำบลควบคุมมีตลาดอยู่ห่างจากสถานีอนามัยประมาณ 1 กิโลเมตร ซึ่งอาจมีผลทำให้มีผู้ใช้บริการมากกว่า ทั้งนี้จากการศึกษาของ เฟรดเดอริก เอเดย์และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (19) พบว่าสถานีอนามัยที่ตั้งอยู่ใกล้ตลาดจะเป็นเครื่องดึงดูดใจให้มีผู้มาใช้บริการมากกว่า สถานีอนามัยที่ไม่อยู่ใกล้ตลาด และพบว่ามีความสะดวกในการเดินทางจากหมู่บ้านถึงสถานบริการที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ทั้ง 2 ตำบล มีรถโดยสารเล็กวิ่งเข้าออกหมู่บ้านวันละ 1 ครั้ง แต่ตำบลควบคุมมีข้อได้เปรียบที่มีรถโดยสารเล็ก และรถโดยสารประจำทางที่วิ่งระหว่าง อำเภอแจ้ห่ม - อำเภอเมืองจังหวัดลำปางเกือบตลอดทั้งวันเนื่องจากเป็นทางผ่าน ซึ่งผู้ที่อยู่ในตำบลควบคุมสามารถใช้รถได้เกือบทั้งวันซึ่งสะดวกที่จะไปรับบริการที่สถานีอนามัย หรือสถานบริการอื่นๆได้ ส่วนตำบลศึกษาสถานีอนามัยตั้งอยู่ในหมู่บ้าน ห่างจากถนนสายลำปาง - วังเหนือเข้าไปประมาณ 1 กิโลเมตร สภาพถนนเป็นดินลูกรัง ไม่มีรถผ่านเข้าออกตลอดเวลา จึงทำให้ผู้รับบริการต้องเดินเท้าจากถนนใหญ่เข้าสู่สถานีอนามัย หรือถ้ามีรถวิ่งผ่านจากหมู่บ้านอื่นๆก็จะผ่านมาเพียงวันละ 1 ครั้ง เท่านั้น ซึ่งจากการศึกษาของศูนย์ฝึกอบรมและวิจัยอนามัยชนบท (22) พบว่า ความสะดวกที่จะเลือกใช้ การมีรถบริการจากหมู่บ้านถึงสถานบริการมีผลต่อพฤติกรรมใช้หรือไม่ใช้บริการ

นอกจากนี้ปัจจัยด้านการทำงานของบุคลากรในแต่ละตำบล การแข่งขันกันในผลงาน การกระจายของเทคโนโลยี อาจจะมีผลทำให้ผลการศึกษาตรงข้ามกับที่ตั้งสมมติฐานไว้ ซึ่งสมควรจะมีการศึกษาในรายละเอียดต่อไป

แต่ผลการศึกษาที่ผิดไปจากสมมติฐานนี้ คิดว่าไม่ใช่เป็นผลจากการเลือกตำบลที่จะดำเนินโครงการ เนื่องจากในการคัดเลือกไม่ได้อาศัยผลงานทางด้านอนามัยแม่และเด็กมาเป็นเครื่องตัดสินแต่อย่างใด การที่ตำบลศึกษามีผลงานด้านอนามัยแม่และเด็กต่ำกว่า น่าจะเป็นผลจากสภาพเศรษฐกิจและสังคม มากกว่าเป็นผลจากการคัดเลือกตำบลที่จะดำเนินโครงการ

5.2.1.3. ผลงานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวระหว่างผู้ที่มีบุตรสุขภาพ กับผู้ที่ไม่มียุทธสุขภาพในตำบลเดียวกันและในตำบลควบคุมในระยะเวลาดียวกัน

5.2.1.3.1. ผู้ที่มีบุตรสุขภาพมักจะมีลักษณะการตั้งครรภ์ หรือการรับบริการอนามัยแม่และเด็กดีกว่ากลุ่มอื่นๆอย่างชัดเจนได้แก่ อายุน้อยกว่า ลำดับครรภ์น้อยกว่า น้ำหนักแรกคลอดทารกมากกว่า การรับบริการตรวจครรภ์ในไตรมาสแรกเพิ่มขึ้น การตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ที่มีบุตรสุขภาพต้องการใช้สิทธิของตน นอกจากนั้นผู้ที่มีบุตรสุขภาพอาจจะมีลักษณะอื่นต่างจากผู้ที่ไม่มียุทธสุขภาพ เช่น เป็นผู้ที่ยึดมั่นในศาสนา มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าจึงทำให้มาใช้บริการทางการแพทย์มากกว่า และมีผลการตั้งครรภ์ดีกว่าผู้ที่ไม่มียุทธสุขภาพอย่างชัดเจน

5.2.1.3.2. ตำบลควบคุมมีการรับบริการดีกว่ากลุ่มผู้ที่มีบุตรสุขภาพได้แก่ จำนวนวันที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอดเร็วกว่า การได้รับภูมิคุ้มกันป้องกันวัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยักและโปลิโอ เป็นผลเนื่องจากในตำบลควบคุมส่วนใหญ่มีเศรษฐกิจและการศึกษาดีกว่า และการคมนาคมไปยังสถานอนามัยสะดวกกว่า จึงทำให้มีลักษณะการรับบริการ บางอย่างดีกว่าผู้ที่มีบุตรสุขภาพ

5.2.1.3.3. ตัวแปรที่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ตลอดระยะเวลา 2 ปีของโครงการ คือ ชนิดของการคลอด การตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ การคุมกำเนิดหลังคลอด และสถานที่รับภูมิคุ้มกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทัศนคติในการรับการตรวจหลังคลอดยังไม่ดีนัก มารดาส่วนใหญ่อาจจะไม่เห็นความจำเป็นของการ

ตรวจครรภ์และคุมกำเนิดหลังคลอดแต่ก็พบว่า การเปลี่ยนแปลงของผู้ที่มีบัตรสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่า ซึ่งก็พอจะกล่าวได้ว่าการเปลี่ยนแปลงนี้ยังไม่ชัดเจน เนื่องจากระยะเวลาที่ศึกษาเพียง 2 ปี เพราะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งไม่ใช่ผลจากการมีบัตรสุขภาพโดยตรง

5.2.1.4. ผลการวิเคราะห์การจำแนกประเภทผู้ที่มีบัตรสุขภาพและผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ

ในปีที่ 1 ของโครงการ ตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุดคือการตรวจครรภ์ ย่อมแสดงให้เห็นว่าการมีบัตรสุขภาพมีส่วนช่วยให้ผู้รับบริการสนใจที่จะมารับบริการเพิ่มขึ้น เนื่องจากการได้รับการบริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอีก ซึ่งตรงกับการศึกษาของ สมหญิง มะหะลิทธิ (17) ส่วนตัวแปรที่มีความสำคัญรองลงมาคือ สถานที่ตรวจครรภ์ และสถานที่รับภูมิคุ้มกันของบุตร พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่มีบัตรสุขภาพจะรับบริการในสถานอนามัย ซึ่งทั้งนี้อาจเนื่องจากเงื่อนไขของการใช้บัตรสุขภาพ ที่ต้องการให้ผู้รับบริการรับบริการตามระบบส่งต่อ คือ เริ่มจากสถานบริการระดับตำบล ซึ่งตรงกับการศึกษาของ สมหญิง มะหะลิทธิ (17) เช่นเดียวกัน แต่ในปีที่ 2 ของโครงการ พบว่า ตัวแปรที่มีความสำคัญ 3 ลำดับแรก ได้เปลี่ยนไปเป็น อายุของมารดา จำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ และลำดับครรภ์ กล่าวคือ อายุมารดาโดยเฉลี่ยในปีที่ 2 ของโครงการผิดปกติ กล่าวคือมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ส่วนลำดับครรภ์โดยเฉลี่ยของผู้ที่มีบัตรสุขภาพนั้น น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ อาจจะเป็นเนื่องจากผู้ที่มีบัตรสุขภาพมีความคิดที่ทันสมัย สนใจการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่า แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อรวมสถิติของรอบ 2 ปีของอายุของมารดา และจำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ แสดงให้เห็นชัดเจนว่า การมีบัตรสุขภาพนั้นน่าจะมีส่วนช่วยลดปริมาณผู้รับบริการที่ไม่จำเป็นสำหรับบริการระดับอำเภอ และจังหวัดอันได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ลง ซึ่งน่าจะถือได้ว่าเป็นความสำเร็จของโครงการที่มีวัตถุประสงค์จะให้ประชาชนรับบริการตามลำดับขั้น ในระบบส่งต่อ ส่วนอายุมารดาที่มีบัตรสุขภาพ โดยเฉลี่ยพบว่า น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพเล็กน้อย แต่ก็ยังเป็นกลุ่มอายุที่เหมาะสมในการตั้งครรภ์

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงของการรับบริการต่างกันในทางที่ดีขึ้น จากการมีโครงการบัตรสุขภาพ แต่ก็มีตัวแปรอีกจำนวนมากที่ไม่เปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ซึ่งอาจจะมีปัจจัยตัวอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ระยะเวลา ทักษะคติของหญิงมีครรภ์ เนื่องจากโครงการนี้ก็เป็นโครงการใหม่ ประชาชนบางส่วนยังไม่ให้ความสนใจเท่าที่ควร การคมนาคม การดูแลเอาใจใส่รักษาตนเอง ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม แต่อย่างไรก็ตาม การมีบัตรสุขภาพ ก็ปรากฏผลอย่างชัดเจน คือ ทำให้การรับบริการเหล่านี้ดีขึ้น ได้แก่ การตรวจครรภ์ จำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ สถานที่คลอด การได้รับภูมิคุ้มกันป้องกันวัณโรค ก็น่าจะกล่าวได้ว่าโครงการบัตรสุขภาพประสบความสำเร็จพอสมควร ในแง่ของการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก

5.2.2. การประยุกต์ใช้

งานวิจัยนี้เป็นรูปแบบการประเมินผลโครงการที่ปราศจากอคติทำให้ทราบการเปลี่ยนแปลงในการให้บริการตามระยะเวลา คือมารดาและบุตรที่มีบัตรสุขภาพมารับบริการด้านอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวได้ถูกต้อง ซึ่งถึงแม้ว่าจะพบว่าการรับบริการบางอย่างไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงได้กำหนดไว้ แต่ก็มีผลงานการรับบริการบางอย่างที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เพิ่มขึ้น ก็น่าจะกล่าวได้ว่า งานโครงการบัตรสุขภาพนี้ประสบความสำเร็จพอสมควรในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับตำบลควบคุมแล้ว เนื่องจากมีผลของสภาพเศรษฐกิจสังคม การคมนาคมมาเกี่ยวข้อง จึงทำให้ผลงานของทั้ง 2 ตำบล มีการเปลี่ยนแปลงไม่เท่ากัน ฉะนั้นผู้วิจัยขอเสนอแนะ เพื่อนำผลวิจัยไปใช้ ดังนี้

5.2.2.1. ข้อมูลเบื้องต้นนี้จะช่วยให้ผู้บริหารได้ทราบถึงผลการดำเนินงานและได้กระจายข้อมูลนี้ให้สถานบริการในท้องที่ที่ศึกษา ได้ทราบถึงผลของการมีโครงการบัตรสุขภาพที่มีต่องานอนามัยแม่และเด็กและงานวางแผนครอบครัว เพื่อช่วยสนับสนุนงานโครงการบัตรสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

5.2.2.2. จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เห็นความแตกต่างการรับบริการ ระหว่างผู้ที่มีบัตรกับผู้ที่ไม่มียบัตรสุขภาพ คือผู้ที่มีบัตรสุขภาพจะมารับบริการดีกว่า จึงอาจกล่าวได้ว่าโครงการบัตรสุขภาพ ช่วยให้งานอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัวดีขึ้น ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีโครงการบัตรสุขภาพในตำบลอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามก็มีคนส่วนหนึ่งที่ไม่ซื้อบัตรสุขภาพ และส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ไม่สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองและบุตร ซึ่งวิธีการที่จะช่วยให้ผู้คนเหล่านี้มารับบริการเพิ่มขึ้นคือ ต้องซื้อบัตรสุขภาพ เพราะการซื้อบัตรสุขภาพจะเป็นการกระตุ้นหรือย้าให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และใช้บริการทางการแพทย์ ส่วนวิธีจูงใจที่จะให้คนเหล่านี้มาซื้อบัตรสุขภาพทุกคนนั้นอาจทำได้ ดังนี้

ก) ให้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบัตรสุขภาพเพิ่มขึ้น

ข) ให้มีการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับบัตรสุขภาพ

เช่น เรื่องราคาบัตร การผ่อนจ่ายค่าบัตร สิทธิของผู้มีบัตร ความจำเป็นที่ต้องมีบัตรสุขภาพ ผลประโยชน์ของตนเองและหมู่บ้านที่จะได้รับจากโครงการบัตรสุขภาพ เพราะปัจจัยเหล่านี้ อาจจะเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจที่จะซื้อบัตรสุขภาพ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ ยากจน ดังนั้นการใช้จ่ายแต่ละครั้งจะต้องให้ได้ประโยชน์และคุ้มค่ามากที่สุด และที่สำคัญก็คือการออกบัตรจะต้องรวดเร็ว หรืออาจจะใช้การออกบัตรชนิดอื่นแทนไปจนกว่าบัตรจริงจะใช้ได้ ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกมารับบริการได้เร็วขึ้น

ค) ให้มีการพัฒนาบุคลากรและสถานบริการ สถานบริการในท้องถิ่น จะต้องพัฒนาทางด้านบุคลากรให้มากขึ้น ในด้านความรู้ ความสามารถ เพื่อที่จะได้ให้ประชากรในท้องถิ่นที่ความเชื่อถือ ศรัทธา ที่จะไปใช้บริการทั้งนี้เนื่องจากเงื่อนไขของการใช้บัตรสุขภาพจะต้องผ่านขั้นตอน การกลั่นกรองจากสถานบริการระดับต้นมาก่อน ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจซื้อบัตรสุขภาพก็ได้ คือมีความต้องการที่จะไปรับบริการในสถานบริการระดับสูงขึ้นไปมากกว่าสถานบริการในท้องถิ่น แต่เมื่อต้องผ่านขั้นตอนการกลั่นกรอง ทำให้เสียเวลา จึงไม่ซื้อบัตรสุขภาพ นอกจากจะต้องสร้างความเชื่อถือให้มากขึ้นแล้ว ควรจะเน้นให้เห็นถึงผลประโยชน์ต่อท้องถิ่น จากการมีโครงการบัตรสุขภาพ คือ รายได้จากบัตรสุขภาพส่วนหนึ่งจะให้กับสถานบริการ เพื่อที่จะได้นำมาปรับปรุงสถานบริการ อุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ดีขึ้น มีความสามารถเพิ่มพร้อมที่จะให้บริการได้มากขึ้น

5.2.2.5. ผลจากการวิเคราะห์ด้วยสมการจำแนกประเภท สามารถจำแนกประเภทของผู้ที่มีบัตรสุขภาพและผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพได้ถึงร้อยละ 80 ซึ่งน่าจะนำลักษณะการรับบริการที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่างมาพิจารณาหาทางเพิ่มอัตราผู้ซื้อบัตรเพิ่มขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนตลอดระยะเวลา 2 ปีของโครงการคือ การตรวจครรภ์ จำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ สถานที่คลอด และการได้รับภูมิคุ้มกันป้องกันวัณโรค ซึ่งก็น่าจะทำนายลักษณะของผู้ที่มีบัตรสุขภาพได้ว่า เป็นผู้ที่ค่อนข้างจะสนใจเอาใจใส่ต่อการดูแลรักษาตนเองดี ผู้ที่จะซื้อบัตรมักจะเป็นผู้ที่มาใช้บริการเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ในบทนี้ ได้แบ่งการสรุปออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

6.1. ความเป็นมา วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการวิจัย

6.2. ผลการวิจัยและวิจารณ์

6.3. ข้อเสนอแนะ

ดังมีรายละเอียดของแต่ละหัวข้อดังต่อไปนี้

6.1 ความเป็นมา วัตถุประสงค์ วัสดุ และวิธีการวิจัย

6.1.1 ความเป็นมาและวัตถุประสงค์

ปัจจุบันนี้ ปัญหาเกี่ยวกับความครอบคลุม บริการอนามัยแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุข ก็ยังคงมีอยู่ซึ่งจะเห็นได้จากผลงานในแต่ละปียังต่ำกว่าเป้าหมายมาก อีกทั้งปัญหาการตายของมารดาและทารกจากการคลอด และความเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการให้ภูมิคุ้มกันโรค ถึงแม้ว่าจะลดลงตามลำดับก็ตาม แต่เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วก็ยังคงสูงอยู่ กระทรวงสาธารณสุข ได้พยายามที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบช่วยเหลือในชุมชนของตนเอง ให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น จึงทำให้เกิดแนวความคิดสาธารณสุขมูลฐาน และจากแนวความคิดนี้ งานโครงการบัตรสุขภาพ จึงได้กำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2526 พัฒนามาจากหลักพื้นฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้ประชาชนและองค์กรชุมชน มีส่วนร่วมริเริ่มรับผิดชอบดำเนินการ เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยและใช้สำหรับอนุเคราะห์ครอบครัวที่ยากไร้ และใช้เป็นค่าบริการจัดการองค์กรชุมชนนั่นเอง ในจังหวัดลำปาง ก็ได้มีการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 2 ในปี 2527 โดยเริ่มใช้เมื่อ 1 พฤศจิกายน 2527 เป็นต้นมา ซึ่งหลังจากที่ได้ดำเนินงานมา ยังไม่ได้มีการประเมินผลการดำเนินงาน ที่มีต่อการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัวในท้องที่ที่มีโครงการเลย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ ทั้งนี้เพราะการประเมินผลจะช่วยให้ผู้ดำเนินงานได้ทราบว่า โครงการนี้ประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะได้หาทางพัฒนางานโครงการซึ่งยังคงดำเนินต่อเนื่องอยู่ในขณะนี้ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัยดังนี้

6.1.1.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ การรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัวก่อนและหลังมีโครงการบัตรสุขภาพ

6.1.1.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ อัตราการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ระหว่างตำบลที่มีโครงการบัตรสุขภาพ กับตำบลที่ไม่มีโครงการบัตรสุขภาพในระยะเวลาเดียวกัน

6.1.1.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ อัตราการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ระหว่างผู้ที่มีบัตรสุขภาพกับผู้ที่ไม่มียบัตรสุขภาพในตำบลเดียวกัน

6.1.1.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบลักษณะการรับบริการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ที่สามารถจำแนกมารดาและเด็กที่มีบัตรสุขภาพและที่ไม่มีบัตรสุขภาพในตำบลเดียวกันออกจากกันได้ถูกต้อง

6.1.2 วัสดุและวิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective Study โดยเก็บข้อมูลที่จัดบันทึกไว้แล้ว จากสมุดทะเบียนต่าง ๆ และแบบบันทึกอนามัยมารดา (รบ. 1 ต 05) แบบบันทึกอนามัยเด็ก (รบ.1 ต.05) แบบบันทึกผู้รับบริการวางแผนครอบครัว (วค.01) ของผู้ที่คลอดระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2526 ถึง 31 ตุลาคม 2529 จากสถานีอนามัยตำบลบ้านสา ตำบลแม่สุก โรงพยาบาลแจ้ห่ม โรงพยาบาลลำปาง มีมารดาคลอดบุตรทั้งสิ้น 600 ราย

6.2 ผลการวิจัยและวิจารณ์

6.2.1 การเปรียบเทียบผลงาน อนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ได้ตั้งสมมติฐานไว้ดังนี้

6.2.1.1 สมมติฐานที่ 1 ผลงานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวของตำบลศึกษาเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับระยะที่ไม่มีโครงการ

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงด้วยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ตั้งแต่ปีที่ 1 ของโครงการได้แก่จำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์ และการได้รับวัคซีนป้องกัน

กันทั่วโลก ก็อาจจะเนื่องจาก สิทธิประโยชน์จากบัตร และความสนใจเอาใจใส่ของผู้รับบริการเอง และการคลอดในสถานบริการทางการแพทย์ทำให้เด็กได้รับวัคซีนก่อนกลับบ้านทุกราย ส่วนตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงด้วยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เมื่อปีที่ 2 ของโครงการได้แก่ อายุของมารดา อายุครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ ชนิดของการคลอดและการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ โดยเฉพาะในเรื่องอายุของมารดา อาจจะเนื่องจากระดับการศึกษา อายุแรกสมรส การคุมกำเนิดหลังการสมรส ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่วนชนิดของการคลอดนั้นเนื่องจากการไปรับบริการตรวจครรภ์และคลอดในสถานบริการเพิ่มขึ้น จึงมีการช่วยคลอดเพิ่มขึ้น ส่วนอายุครรภ์ที่มาตรวจครั้งแรก และการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ยังมีการรับบริการที่ไม่ถูกต้อง อาจเนื่องจากผู้รับบริการ ยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่สนใจ หรือไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่

6.2.1.2 สมมติฐานข้อ 2 ผลงานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวในตำบลศึกษามีการเพิ่มสูงกว่าตำบลควบคุมในระยะเวลาเดียวกัน

ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรที่ตำบลศึกษามีการเปลี่ยนแปลงดีกว่าตำบลควบคุมได้แก่ สถานที่รับภูมิตัดกัน และอายุครรภ์ที่มาตรวจครั้งแรก โดยเฉพาะมีการไปรับบริการในสถานอนามัยเพิ่มขึ้นทุกปี ย่อมแสดงให้เห็นว่า โครงการมีส่วนช่วยลดภาระผู้รับบริการที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชนลงได้ สำหรับตัวแปรที่ตำบลควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่าตำบลศึกษาได้แก่ การตรวจครรภ์ สถานที่คลอด ระยะเวลาที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอด และการได้รับภูมิตัดกันป้องกัน คอตีบ ไอกรณ บาดทะยักและโปลิโอ 3 ครั้ง อาจเนื่องจาก การคมนาคม ปัจจัยทางด้านการทำงานของบุคคลากรในแต่ละตำบล และการแข่งขันในผลงานและการกระจายเทคโนโลยี

6.2.1.3 สมมติฐานข้อ 3 ผลงานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวของผู้ที่มีบัตรสุขภาพเพิ่มสูงกว่า ผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพในตำบลเดียวกันและตำบลควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีบัตรสุขภาพมักจะมีลักษณะการตั้งครรภ์ หรือการรับบริการอนามัยแม่และเด็กดีกว่ากลุ่มอื่นๆอย่างชัดเจน ได้แก่ อายุน้อยกว่า ลำดับครรภ์น้อยกว่า น้ำหนักแรกคลอดทารกมากกว่า การมาตรวจครรภ์ในไตรมาสแรกเพิ่มขึ้นและการตรวจครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไปเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากผู้ที่มีบัตรสุขภาพต้องการใช้สิทธิของตนนอกจากนี้ ผู้ที่มีบัตรสุขภาพอาจมีลักษณะอื่นต่างจากผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ เช่นมีความคิดที่ค่อนข้าง

ทันสมัยในการดูแลสุขภาพ จึงทำให้มารับบริการทางการแพทย์มากกว่า ส่วนตัวแปรที่ตำบลควบคุมมีการรับบริการที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพได้แก่ จำนวนวันที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอดเร็วกว่า การได้รับภูมิคุ้มกันป้องกัน คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปлио เป็นผลเนื่องจากในตำบลควบคุมส่วนใหญ่มีเครขรฐานะและการศึกษาดีกว่าและการคมนาคมไปยังสถานอนามัยสะดวกกว่า จึงทำให้มีลักษณะการรับบริการบางอย่างดีกว่าผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพได้

6.2.1.4 สมมติฐานข้อ 4 มารดาและเด็กที่มีบัตรสุขภาพมีลักษณะการรับบริการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวดีกว่ามารดาและเด็กที่ไม่มีบัตรสุขภาพ

ผลการศึกษาโดยใช้วิธีวิเคราะห์ด้วย สถิติจำแนกประเภท พบว่า การรับบริการทุกลักษณะยกเว้นสภาพมารดาหลังคลอด เป็นตัวแปรร่วมในการเข้าสมการซึ่งจำแนกผู้ที่มีบัตรสุขภาพออกจาก ผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ และสมการนี้สามารถจำแนกผู้ที่มีบัตรสุขภาพได้ถูกต้องร้อยละ 83.2 จำแนกผู้ที่มีบัตรสุขภาพได้ถูกต้องร้อยละ 83.6 และเมื่อพิจารณาเกี่ยวกับร้อยละของการรับบริการแต่ละชนิด พบว่าผู้ที่มีบัตรสุขภาพมีการรับบริการที่ดีถูกต้องเหมาะสมกว่าผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพ อาจเนื่องจาก มารดาที่มีบัตรสุขภาพต้องการใช้สิทธิของตน

6.2.2 สรุปผลการวิจัยและวิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงการรับบริการต่าง ๆ นั้นเกิดจากการมีบัตรสุขภาพ แต่ยังมีตัวแปรบางตัวที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ซึ่งอาจจะมียปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่นระยะเวลา เศรษฐกิจ สังคม การศึกษาคมนาคม และเนื่องจากโครงการนี้เป็นโครงการใหม่ ประชาชนบางส่วนยังไม่ให้ความสนใจเท่าที่ควร แต่อย่างไรก็ตาม การมีบัตรสุขภาพก็ปรากฏผลอย่างชัดเจน คือทำให้การรับบริการ บางอย่างดีขึ้นได้แก่ การตรวจครรภ์ จำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ สถานที่คลอด การได้รับภูมิคุ้มกันป้องกันวัณโรค ก็น่าจะกล่าวได้ว่า โครงการบัตรสุขภาพประสบความสำเร็จพอควรในแง่ของการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก

6.3 ข้อเสนอแนะ

6.3.1 การนำผลการวิจัยไปใช้

6.3.1.1 ผู้บริหาร ได้ทราบถึงการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพและจะได้กระจายข้อมูลนี้ให้สถานบริการต่าง ๆ ในการศึกษาได้ทราบ และช่วยสนับสนุนให้งานโครงการบัตรสุขภาพดียิ่งขึ้น

6.3.1.2 ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบถึงผลการปฏิบัติงานว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง เพื่อที่จะได้นำไปปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น

6.3.1.3 การเพิ่มสมาชิกบัตรสุขภาพควรวิธีที่จะทำให้หญิงมีครรภ์มาซื้อบัตรสุขภาพมากที่สุด ได้แก่ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับบัตรสุขภาพและ การปรับปรุงสถานอนามัยเจ้าหน้าที่สถานอนามัยให้มีประสิทธิภาพในการทำงานให้มากขึ้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้มีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นและประการสำคัญ คือ การออกบัตรจะต้องรวดเร็วซึ่งจะช่วยให้สมาชิกมารับบริการเร็วขึ้น

6.3.2 การวิจัยครั้งต่อไป

6.3.2.1 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ยังไม่สามารถตอบปัญหาเกี่ยวกับผลของโครงการบัตรสุขภาพของจังหวัดลำปางได้ทั้งหมด จึงน่าจะมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆเพิ่มขึ้น เช่นระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานบริการ ที่ตั้งของสถานบริการ ทักษะคติของประชาชนต่อบัตรสุขภาพต่อเจ้าหน้าที่ ปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นสมาชิก ซึ่งตัวแปรเหล่านี้อาจมีผลต่อการรับบริการ อันจะช่วยให้ผลของการวิจัยชัดเจนยิ่งขึ้น

6.3.2.2 ควรมีการประเมินผลเป็นครั้งคราวเช่น 4-5 ปีเพราะความแปรปรวนของการศึกษาอาจจะน้อยลงเนื่องจากคนรู้จักโครงการบัตรสุขภาพดีขึ้น

6.3.2.4 การเลือกตำบลที่ศึกษาและตำบลควบคุมที่เหมาะสมขึ้น โดยไม่จำเป็นต้องเป็นตำบลที่มีลักษณะเหมือนกันทุกประการแต่ก็ไม่แตกต่างกันมากนัก เพื่อที่จะได้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนขึ้นและเพื่อที่จะได้เห็นอิทธิพลของเวลาที่มีต่อการรับบริการ

6.3.2.4 การศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ เลือกใช้สถานบริการในจังหวัดลำปาง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์มากซึ่งไม่สอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการบัตรสุขภาพ

บรรณานุกรม

1. Atiqur Rahman Khan A, Akter Jahan F, Firoza Bequm S, Jalan K. Maternal Mortality in Rural Bangladesh. World Health Forum 1985; 6: 325-328.
2. Raystone E., Furguson J. The Coverage of Maternity Care a Critical Review of Available Information. World Health Statistical Quart 1985; 38: 3, 267.
3. กองสถิติสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, มปป.
4. กำแหง จาตุรจินดา, วินิต น่วมประดิษฐ์. "การตายของมารดา" ในสูติศาสตร์ รามาธิบดี. หน้า 43-56. กำแหง จาตุรจินดา, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: เมดิคัลมีเดีย, 2530.
5. สุขิต เพ่าสวัสดิ์, เกริกไกร หะชะนี. "เด็กตายคลอด." จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2524; ปีที่ 25, เล่มที่ 4: 901-908.
6. สุนทราวดี เพชรเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไร้ชีพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขานามัยแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
7. วงศ์กุลพันธ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. เด็กตายคลอด-ประสบการณ์ 5 ปี ที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2524; ปีที่ 24, เล่มที่ 2: 141-149.
8. ชุศรี คูชัยสิทธิ์. การตายปริกำเนิดของครรภ์เดียวในโรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2523-2526. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(แพทยศาสตร์) สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
9. Rahman F. Prenatal Care and Perinatal Mortality in a Black Population. Obstetrics and Gynecology 1985; 65 : 327-329.
10. กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2527. กรุงเทพมหานคร: องค์การทหารผ่านศึก, 2527: 28-32.

11. นันทา อ่วมกุล. ปัญหาและสภาพอนามัยแม่และเด็ก ปี 2526. การสัมมนาทางวิชาการสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของแม่และเด็กไทย. กรุงเทพมหานคร, คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529: 5-8.
12. ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ. คู่มือปฏิบัติงานโครงการบัตรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2528-2530. กรุงเทพมหานคร: กองสสุศึกษา, 2528: 1-37.
13. ชญาดา ศิริภิรมย์. กองทุนชุมชนสาธารณสุขมูลฐาน. สาธารณสุขศาสตร์ 2529; ปีที่ 16, เล่มที่ 1: 75-76.
14. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, พิระ ตันติเศรณี, นิพนธ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, สมมาตร พรหมภักดี, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในโครงการบัตรสุขภาพ. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล รายงานวิจัยเลขที่ 4. กรุงเทพมหานคร: มปท., 2529: 1-4.
15. ศูนย์ฝึกและอบรมแม่และเด็กกรุงเทพ. โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็กโดยใช้บัตรสุขภาพ. ศูนย์ฝึกและอบรมอนามัยแม่และเด็กกรุงเทพ. กรุงเทพมหานคร: มปท, มปป: 52-53.
16. อรรถ ศาสตราวาทะ. รูปแบบการใช้บริการทางการแพทย์ของชุมชนที่มีผลมาจากนโยบายการใช้บัตรสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
17. สมหญิง มะหะลิทธิ. ปัจจัยและการใช้บริการอนามัยแม่ผู้ที่ เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพเพื่อการอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรคในจ. นครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาอนามัยแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
18. สันทัด เสริมศรี, เจมส์ เอ็นโรลีย์. พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์สาธารณสุขและคุมกำเนิดของคนไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร, 2527.
19. เฟรดเดอริก เอ. เดย์, บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. แบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทไทย. กรุงเทพมหานคร: มปท, 2525: 107-120.

20. ศูนย์ฝึกอบรมและวิจัยอนามัยชนบท. รายงานการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการใช้และไม่ใช้บริการอนามัย. (เอกสารโรเนียว) หน้า 24.
21. Gortmaker L. The Effect of Prenatal Care upon the Health of the New Born. American Journal of Public Health 1979; 69: 653-657.
22. นงนุช บุญเกียรติ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)สาขอนามัยแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
23. สุธิตรา เทียนสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)สาขานพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
24. ศศิพันธ์ สกกุลสุทวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกที่ต่ำกว่าปกติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(แพทยศาสตร์) สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.
25. สุมาลี อารีเอื้อ. ปัจจัยอันตรายที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักแรกเกิดของทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขานพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
26. Greenberg S. The Impact of Prenatal Care in Different Social Groups. American Journal Obstetrics Gynecology 1983; 145: 797-801.

ภาคผนวก

แบบบันทึกข้อมูล

เรื่องผลของโครงการบัตรสุขภาพที่มีต่องานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
ระดับตำบลจังหวัดลำปาง

ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากร

1. ชื่อสถานบริการ.....ที่อยู่.....
2. การเป็นสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพเพื่ออนามัยแม่และเด็ก
 - (1) ไม่เป็น
 - (2) เป็น
3. ชื่อนามสกุล.....
4. วันเดือนปีที่คลอด.....
5. อายุ....ปี

ตอนที่ 2 ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด การตรวจหลังคลอดและการคุมกำเนิดหลังคลอด

6. ลำดับครรภ์รวมครรภ์นี้.....
7. การตรวจครรภ์
 - (1) ไม่ตรวจ
 - (2) ตรวจ
8. อายุครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ครั้งแรก.....สัปดาห์
9. จำนวนครั้งที่ตรวจครรภ์.....ครั้ง
10. สถานที่ตรวจครรภ์
 - (1) สถานีอนามัย
 - (2) โรงพยาบาลอำเภอ
 - (3) โรงพยาบาลศูนย์
11. ชนิดของการคลอด

(1) Normal Delivery	(3) Forcep Extraction
(2) Vacuum Extraction	(4) Breech Excisting
(5) Caesarion Section	
12. สถานที่คลอด
 - (1) ที่บ้าน
 - (3) โรงพยาบาลชุมชน

(2) สถานีอนามัย

(4) โรงพยาบาลศูนย์

(5) อื่นๆ

12. ผู้ทำคลอด

(1)ญาติ เพื่อนบ้าน หมอตำแย หรือคลอดเอง

(2) บุคคลากรด้านการแพทย์

13. สภาพมารดาเมื่อจำหน่าย

(1) ปกติ

(2) ผิดปกติ

14. การตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์

(1) ไม่มา

(2) มา

15. จำนวนวันที่เริ่มคุมกำเนิดหลังคลอด.....วัน

16. การคุมกำเนิดหลังคลอด

(1) ไม่คุม

(2) คุม

ตอนที่ 3 ประวัติเกี่ยวกับการคลอดและการรับภูมิคุ้มกันโรคของบุตร

17. น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม

18. สภาพบุตรหลังคลอด

(1) ไม่มีชีวิต

(2) มีชีวิต

19. อาการของบุตรหลังคลอด

(1) ปกติ

(2) หน้าเขียวต้องช่วยหายใจ

(3) มีความพิการ

20. สภาพบุตรเมื่อจำหน่าย

(1) ปกติ

(2) ผิดปกติ

(3) ตายหลังคลอด

21. การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค

(1) ไม่ได้

(2) ได้

22. รับวัคซีนป้องกันคอตีบ ไอกรน บาดทะยักและโปลิโอ.....ครั้ง

23. สถานที่รับวัคซีน

(1) สถานีอนามัย

(2) โรงพยาบาลชุมชน

(3) โรงพยาบาลศูนย์

ตัวอย่างบัตรสีฟ้า (ด้านหน้า)

ส่วนที่ ๑ บัตรสุขภาพ

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20

21	22	23	24	25
26	27	28	29	30
31	32	33	34	35
36	37	38	39	40

ชื่อผู้รับบริการ นาม
นามสกุล
บ้านเลขที่
หมู่ที่ ตำบล
อำเภอ
จังหวัด

ส่วนที่ ๒ บัตรสุขภาพ

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20

21	22	23	24	25
26	27	28	29	30
31	32	33	34	35
36	37	38	39	40

ชื่อผู้รับบริการ นาม
นามสกุล
บ้านเลขที่
หมู่ที่ ตำบล
อำเภอ
จังหวัด

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20

21	22	23	24	25
26	27	28	29	30
31	32	33	34	35
36	37	38	39	40

เพื่อ : การอนามัยแม่และเด็กและภัยกับโรค

ชื่อผู้รับบริการ นาม

บ้านเลขที่

อำเภอ

จังหวัด

หมู่ที่

ตำบล

อำเภอ

จังหวัด

บัตรสุขภาพ

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

ฉบับที่ ๑๐๐ บัตร

บัตรนี้ใช้ได้ถึงวันที่

หน้า

หน้า

หน้า

หน้า

หน้า

หน้า

หน้า

หน้า

หน้า

หน้า

หน้า

หน้า

หน้า

หน้า

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ตัวอย่างบัตรสัปดาห์ (ด้านหลัง)

ชื่อผู้รับบริการ	อายุ	กิจกรรม	บริการอนามัยแม่		บริการอนามัยเด็ก		จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	จำนวนสมาชิกในครัวเรือน
			ว.ค.ป.	สถานที่	ว.ค.ป.	สถานที่		
1. นาม		ฝากครรภ์ 1						
2. เล็ก		ฝากครรภ์ 2						
3. เล็ก		ฝากครรภ์ 3						
		ฝากครรภ์ 4						
		ฝากครรภ์ 1						
		ฝากครรภ์ 2						
		ฝากครรภ์ 3						
		ฝากครรภ์ 4						
		ฝากครรภ์ 1						
		ฝากครรภ์ 2						
		ฝากครรภ์ 3						
		ฝากครรภ์ 4						

คำแนะนำการใช้บัตร

1. ใช้เมื่อคลอดบุตร
2. ใช้เมื่อคลอดบุตร
3. ใช้เมื่อคลอดบุตร
4. ใช้เมื่อคลอดบุตร

ผู้รับบริการ _____

วันที่รับบัตร _____

ผู้ออกบัตร _____

วันที่ออกบัตร _____

แนบใส่ ลูกปอดลาย เมื่อได้รับบัตรสุขภาพ

แบบ รบ. 1 ค. 08/1-2

ประวัติการเจ็บป่วยและการตรวจร่างกาย

[illegible]

บันทึกการติดตามผล
(ใช้ระบุปัญหาจุดด้อยที่ได้รับบริการจากหน่วยงาน)

[illegible]

ถ้าอธิบายการบันทึกการงานลงในช่องต่างๆ

ข้อ ๑. ให้เขียน วัน เดือน ปี ที่มาติดต่อราชการ

๒. เร็ววัน เดือน ปี ที่รับบริการครั้งสุดท้ายก่อน

[illegible]

๕๕๖ ๓. ถ้ากลับมามีคตอด้วยเวลา. เหตุนี้ ๆ ให้บันทึกลงในช่องนี้

ในข้อ ๔. ถ้าจ่ายทุกปีในวันนั้น ให้ลดร้อยละจำนวนชุดที่จ่ายให้

ในข้อ ๕. เมื่อรวมห่วงอนามัย และห่วงคุมขังปกติให้รวมกัน

ในข้อ ๖. ถ้าอดห่วงให้เขียนสนทนงไว้

ในข้อ ๗. ถ้าได้วงชาให้บันทึกบนกระดาษวงที่ได้

ในช่อง ๘. ถ้าบริการอื่นๆ ให้บันทึกลง เช่น จำนวนทางถนนบริการ

ไม่ พร้อมจัดหาใบกำกับภาษี

ในข้อ ๔. บันทึกการตรวจรักษา และอื่นๆ

ในเรื่อง ๑๐. ความสัมพันธ์กับโลกภายนอก

แบบ 7.11.1 ค. ๐5

[illegible]

บทเรียนท้ายเล่ม

บัตรเลขที่	ชื่อสงวนบัตร	วัน เดือน ปี เกิด	ชื่อหมู่บ้าน
ชื่อเกิด		บัตรครอบครัวเลขที่	
นามสกุล		วันเดือนปีที่จดทะเบียน	
ชื่อและนามสกุลมารดา		จังหวัด	

การเจริญเติบโตตามวัย (เมื่ออายุ)

พันเซน	
นิ้วโป้ง	
นิ้วชี้	
นิ้วกลาง	
นิ้ว无名	
นิ้วก้อย	
นิ้วหัวแม่มือ	
นิ้วอื่น	

การนับด้วยโรคติดต่อ (วันเดือนปี หรือเมืองอายุ)

ไข้ทรพิษ	
สัด	
ไอ	
ไอกรน	
หัดเยอรมัน	
โรคอื่น	

บันทึกการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (วันเดือนปี)

ไข้ทรพิษ	ปลูกฝีครั้งแรก	ผล (+ หรือ -)	ปลูกฝีใหม่
คอตีบ	ปลูกฝี		
คอตีบ	(1) (2) (3) (4) (5)		กระตุ้น
โปลิโอ	(1) (2) (3) (4) (5)		กระตุ้น

ได้รับการตรวจจากแพทย์ทางปาก (รวมทั้งประวัติสุขภาพเด็ก)

แผลเป็นจากการปลูกฝี ☐ แผลเป็นจาก บั๊ว ☐

บวม ☐ Bitot's spots ☐ - Glossitis ☐ Angular stomatitis ☐ Keratomalacia ☐ Xerosis ☐

การตรวจฟันดูความผิดปกติทางทันตกรรม (วันเดือนปี และผล)

ชื่อไม่ถนัด	บิสซาว	อุ้งจระ	ตรวจเลือดตามข้อตามนิ้ว

ชากาทรูป	โภชนาการ	ระบบย่อยอาหาร	ผิวหนัง	กล้ามเนื้อ	กระดูก	โรคต่อกระดูกที่รุนแรง
ตา	หู	จมูก	คอ	ปอด	ตับ	ฟัน
ค่อนน้ำเหลือง	หัวใจ	ปัสสาวะ	ตับ	นม	อวัยวะสืบพันธุ์	ความเจ็บป่วย
สภาวะจิตใจ	การพูด	เส้นเอ็น				

