

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

แบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทย ในรอบ ๑๒ ปี (พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๔๔)

ยศ ตีระวัฒนานนท์
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
สัญญา ศรีรัตนะ
ปรีศนี ทิพย์โสถติ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยในช่วง ๑๒ ปีระหว่าง ๒๕๓๓-๒๕๔๔ โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาลรัฐและเอกชนทั่วประเทศจำนวนสองครั้งในปี ๒๕๔๐ และ ๒๕๔๔ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบ multi-stage non-proportional probability to size systematic random sampling การศึกษานี้มีอัตราการตอบกลับร้อยละ ๖๔ และ ๓๖ ตามลำดับ ผู้วิจัยพบว่าการคลอดบุตรส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (โรงพยาบาลระดับจังหวัด) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตลอดระยะเวลาของการสำรวจ โดย เป็นร้อยละ ๑๔ ของการคลอดทั้งหมดในปี ๒๕๔๔ ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจในปี ๒๕๔๐ จำนวนคลอดบุตรในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น หลังวิกฤตเศรษฐกิจ หญิงไทยมีอุปสงค์ต่อการคลอดบุตรใน โรงพยาบาลเอกชนลดต่ำลงอย่างชัดเจน โดยเพิ่มอุปสงค์ต่อการบริการในโรงพยาบาลภาครัฐมากขึ้น

ตลอดช่วงระยะกว่าทศวรรษอัตราการคลอดทางช่องคลอด การคลอดด้วยคีม และการคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ มีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ ขณะที่อัตราการคลอดบุตรด้วยการผ่าตัดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี ๒๕๓๓ อัตราการผ่าตัดคลอดของประเทศอยู่ที่ร้อยละ ๑๔.๘ และเพิ่มสูงขึ้นสูงสุดในรอบ ๑๒ ปี เป็นร้อยละ ๒๒.๐๕ ในปี ๒๕๓๕ อย่างไรก็ตามภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจอัตราการผ่าตัดคลอดลดต่ำลงและคงที่ในอัตราร้อยละ ๒๐ ในปัจจุบัน ในปี ๒๕๔๔ อัตราผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมชนคิดเป็นร้อยละ ๕.๖ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปร้อยละ ๒๕.๖ โรงพยาบาลรัฐอื่นๆร้อยละ ๒๔.๘ และโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ ๕๓.๘ การผ่าตัดคลอดทุกขีมีมีส่วนเป็นหนึ่งในส่วนของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด

การศึกษาในครั้งนี้ได้ให้ข้อมูลแบบแผนการคลอดบุตรที่เป็นประโยชน์อย่างมาก อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดบางประการของข้อมูล นักวิจัยเสนอให้กระทรวงสาธารณสุข และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ เป็นผู้รับผิดชอบจัดทำฐานข้อมูลแบบแผนการคลอดบุตร อย่างเป็นระบบเพื่อการประเมินในภาพรวมทั้งประเทศ และเพื่อใช้ประโยชน์ ในการประเมินโดยโรงพยาบาลเอง

คำสำคัญ: แบบแผนการคลอดบุตร, ผ่าตัดคลอด, การคลอดด้วยคีม, การคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ, โรงพยาบาลรัฐ, โรงพยาบาลเอกชน

บทนำ

อนามัยแม่และเด็กนับเป็นตัวชี้วัดที่ดีสำหรับสะท้อนคุณภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม จะเห็นได้ว่า

ประเทศที่พัฒนาแล้วล้วนมีอัตราการฝากครรภ์สูง อัตราตายมารดาและทารกอยู่ในเกณฑ์ต่ำโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนา^(๑) สำหรับ

ประเทศไทยข้อมูลกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี ๒๕๔๑ มีอัตราการฝากครรภ์ครบตามมาตรฐาน ๔ ครั้งสูงถึงร้อยละ ๙๕ หรือฝากครรภ์อย่างน้อย ๑ ครั้ง ร้อยละ ๙๙ โดยมีอัตราตายมารดาอยู่ที่ ๗.๖ ต่อแสน การเกิดมีชีพและอัตราตายทารกอยู่ที่ ๖.๕ ต่อพันเกิดมีชีพตามลำดับ^(๒) ดัชนีเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าบริการดูแลการฝากครรภ์และคลอดบุตรของประเทศไทยอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในเอเชียหรือเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก

อย่างไรก็ตาม วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะได้ทำการสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรในโรงพยาบาลของหญิงไทย ในปี ๒๕๓๓-๒๕๓๙^(๓) ผลการศึกษาครั้งนั้นพบว่าในช่วงเวลา ๗ ปี อัตราคลอดบุตรทางช่องคลอดมีแนวโน้มลดลง อัตราผ่าตัดคลอดบุตรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๕.๒ ของการคลอดบุตรทั้งหมดในปี ๒๕๓๓ เป็น ร้อยละ ๒๒.๔ ในปี ๒๕๓๙ สำหรับการคลอดด้วยวิธีอื่น เช่น คีม-forceps extraction, เครื่องดูดสุญญากาศ-vacuum extraction มีแนวโน้มคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงประมาณร้อยละ ๑๐-๑๑ ของการคลอดทั้งหมด นอกจากนี้การศึกษาเดียวกันยังพบว่าในปี ๒๕๓๙ โรงพยาบาลชุมชนมีปริมาณการคลอดบุตรคิดเป็นร้อยละ ๑๖ ของการคลอดบุตรทั้งหมดทั่วประเทศ โรงพยาบาลระดับจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์มีปริมาณการคลอดบุตรคิดเป็นร้อยละ ๕๑ โรงพยาบาลของรัฐบาลอื่นร้อยละ ๒๔ ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนมีปริมาณการคลอดบุตรเพียงร้อยละ ๙

การสำรวจดังกล่าวก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ คือ ๑) ทำให้ทราบถึงขนาดของปัญหาการผ่าตัดคลอดที่อยู่ในอัตราสูงมากเมื่อเทียบกับรายงานในต่างประเทศ^(๔-๑๐) และเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คืออัตราการผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๑๕ ของการคลอดทั้งหมด^(๑๐) ซึ่งการผ่าตัดคลอดที่มากเกินไปได้รับการพิสูจน์แล้วว่าส่งผลเสียต่อทั้งมารดา^(๑๒-๑๖) ทารก^(๑๔-๑๗) และระบบสุขภาพโดยรวม^(๑๑,๑๘-๒๐) ๒) ทำให้ทราบภาระงาน (Work

Load) และแนวโน้มของบริการคลอดบุตรในสถานพยาบาลระดับต่างๆ ซึ่งสามารถนำมาใช้สำหรับการวางแผนในการจัดสรรทรัพยากร วางแผนเพื่อกำหนดงานในเรื่องที่เกี่ยวกับบริการฝากครรภ์และคลอดบุตร ๓) การสำรวจยังสามารถใช้เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในอดีต เช่น นโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นจุดให้บริการคลอดบุตร การรณรงค์เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอด เป็นต้น

ในช่วงเวลาครึ่งทศวรรษที่ผ่านมาได้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญหลายอย่างในสังคมและระบบสุขภาพของประเทศ เช่น วิกฤติเศรษฐกิจในปี ๒๕๔๐ ส่งผลให้กำลังซื้อของประชาชนลดลง รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนไทยลดลงอย่างชัดเจนอย่างต่อเนื่อง ในปี ๒๕๔๑, ๒๕๔๓^(๒๑) สถานพยาบาลเอกชนหลายแห่งต้องปิดกิจการเพื่อเป็นการปรับตัวต่อภาวะวิกฤติเศรษฐกิจภาวะถดถอยของการคลังรัฐบาลทำให้กระทรวงการคลังได้มีมาตรการปฏิรูประบบสวัสดิการข้าราชการเพื่อเป็นการลดภาระรายจ่ายภาครัฐ ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และผู้มีสิทธิ์ในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการถูกจำกัดสิทธิในการใช้บริการในภาคเอกชน รวมถึงบริการฝากครรภ์และคลอดบุตรด้วย เนื่องจากไม่ใช่บริการที่เป็นอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินอันอาจจะเป็นอันตรายแก่ชีวิต^(๒๒) นอกจากนี้กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วง ๒-๓ ปีที่ผ่านมาทำให้ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ทั้งด้านบวกและด้านลบถึงมือประชาชนมากขึ้น เช่น เกิดข้อถกเถียงกันในสังคมต่อประเด็น อัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงมากขึ้น^(๒๓-๒๔) รวมทั้งอัตราที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ควรจะเป็นเท่าไร นอกจากนี้เมื่อปี ๒๕๔๔ มีการขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้แก่ประชาชนทั้งประเทศ (๓๐ บาทรักษาทุกโรค) หญิงตั้งครรภ์ต้องไปใช้บริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านหรือในภูมิลำเนาของตนเอง เช่นสถานอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ที่ได้เลือกลงทะเบียนไว้ ซึ่งน่าจะมีผลให้แบบแผนการคลอดบุตรเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ ในปี ๒๕๔๖ นำมี

สัญญาณที่บ่งถึงการฟื้นตัวของเศรษฐกิจไทย เหตุการณ์ และบริบทที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วดังกล่าวนี้ ทำให้มีคำถามว่าแบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรได้ลดลงหรือไม่ ส่วนแบ่งการคลอดบุตรในภาคเอกชน

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงมุ่งสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยในระหว่างปี ๒๕๓๗-๒๕๔๘ ซึ่งจะเป็นการศึกษาต่อเนื่องจากการศึกษาที่วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ^(๓) ได้ทำการสำรวจไว้อย่างไรก็ดีเมื่อคณะผู้วิจัยทำการทบทวนการสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรในครั้งที่ผ่านมามีข้อที่ควรแก้ไขบางประการสำหรับการรายงานผลในภาพรวมของประเทศ เนื่องจากการสำรวจในสถานพยาบาลบางระดับได้ใช้กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่ม (Random

Sampling) แต่การรายงานผลดังกล่าวนี้ยังมีได้ทำการถ่วงน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำข้อมูลจากการสำรวจเดิมมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถ่วงน้ำหนักของสถานพยาบาลตัวอย่างด้วย เพื่อเป็นรายงานที่สมบูรณ์ขึ้น และสามารถใช้อ้างอิงต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

เนื่องจากข้อมูลของกรมอนามัยระบุว่า การคลอดบุตรของหญิงไทย ร้อยละ ๙๗ คลอดในสถานพยาบาล การคลอดนอกสถานพยาบาลไม่มีแหล่งบันทึกข้อมูลย้อนหลังที่ชัดเจนแน่นอนและให้เปรียบเทียบกับ การสำรวจเดิม คณะผู้วิจัยจึงทำการสำรวจการคลอดบุตรเฉพาะที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเท่านั้น

ตารางที่ ๑ จำนวนโรงพยาบาลและร้อยละการสำรวจในปี ๒๕๓๗ และ ๒๕๔๕ จำแนกตามประเภทสถานพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	จำนวนสำรวจ ปี ๒๕๓๗	คิดเป็น ร้อยละ	จำนวนสำรวจ ปี ๒๕๔๕	คิดเป็น ร้อยละ
รพช. ๑๐ เตียง	๕๓	๓๓	๔๓	๓๕
รพช. ๓๐ เตียง	๔๒	๑๔	๑๔๐	๓๕
รพช. ๖๐ เตียง	๓๒	๓๓	๓๗	๓๕
รพช. ๕๐ เตียง	๒๑	๑๐๐	๔๒	๑๐๐
รพช. ๑๒๐ เตียง	๗	๑๐๐	๗	๑๐๐
รพ.ทั่วไป	๗๖	๑๐๐	๔๕	๖๗
รพ.ศูนย์	๑๗	๑๐๐	๒๐	๑๐๐
รพ.สังกัดกรมแพทย์	๔	๑๐๐	๕	๑๐๐
รพ.สังกัดกรมอนามัย	๑๐	๑๐๐	๑๐	๑๐๐
โรงเรียนแพทย์	๗	๑๐๐	๑๐	๑๐๐
รพ.สังกัดกรุงเทพมหานคร	๗	๑๐๐	๖	๑๐๐
รพ.สังกัดกระทรวงกลาโหม	๕๗	๑๐๐	๓๑	๖๓
รพ.เอกชน < ๑๐๐ เตียง	๗๔	๑๐๐ *	๒๕๖	๗๒ **
รพ.เอกชน ๑๐๑-๒๐๐ เตียง	๗๔	๑๐๐	๖๕	๗๔
รพ.เอกชน > ๒๐๐ เตียง	๓๑	๑๐๐	๓๖	๕๕
รวมตัวอย่างทั้งหมด	๕๕๓	๕๒	๗๕๕	๕๗

*คิดเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่มีเตียง ๕๐-๕๕ เตียง

**คิดจากโรงพยาบาลเอกชนที่มีเตียงนอน ๑๐-๕๕ เตียง

การสำรวจข้อมูลใช้การสำรวจทางจดหมายด้วยแบบสอบถาม (self administered mailed questionnaire survey) โดยการสำรวจครั้งแรกในปี ๒๕๓๔ และครั้งที่สองในปี ๒๕๔๕ ได้ส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลรัฐ ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน คัดเลือกจำนวนสถานพยาบาลตัวอย่างเป็นแบบ multi-stage non-proportional probability to size โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามชั้นช่วงของขนาดเตียงในตารางที่ ๑

ตัวแปรที่สำคัญประกอบด้วย จำนวนการคลอดบุตรจำแนกตามวิธีคลอด ได้แก่ คลอดปรกติทางช่อง

คลอดโดยไม่ใช้เครื่องมือช่วย คลอดด้วยคีม คลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ คลอดด้วยการผ่าตัด และจำนวนสูติแพทย์ในโรงพยาบาลในแต่ละปี

สำหรับการผ่าตัดคลอดบุตรนั้น จำแนกเป็นการผ่าตัดปฐมภูมิ (primary) ในหญิงที่ไม่เคยผ่าตัดคลอดบุตรมาก่อน หรือทุติยภูมิ (secondary cesarean) ซึ่งเป็นการผ่าตัดซ้ำสำหรับหญิงที่เคยผ่าตัดคลอดมาแล้วในครรภ์ก่อน

การคำนวณหาอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรในระดับประเทศ ใช้วิธีการถ่วงน้ำหนักด้วยสัดส่วนของแบบสอบถามที่ตอบกลับมาต่อจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดใน

ตารางที่ ๒ อัตราการตอบกลับแบบสอบถามจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ในการสำรวจทั้ง ๒ ครั้ง

ประเภทโรงพยาบาล	สำรวจปี ๒๕๓๔			สำรวจปี ๒๕๔๕		
	รพ.ส่งแบบ	รพ.ที่ตอบกลับ	ร้อยละตอบกลับ	รพ.ส่งแบบ	รพ.ที่ตอบกลับ	ร้อยละตอบกลับ
รพช.๑๐ เตียง	๕๓	๖๐	๖๔.๕	๔๓	๑๘	๔๑.๕
รพช.๓๐ เตียง	๔๒	๓๕	๘๓.๓	๑๔๐	๖๘	๔๘.๖
รพช.๖๐ เตียง	๓๒	๑๖	๕๐.๐	๓๘	๑๓	๓๔.๒
รพช.๕๐ เตียง	๒๑	๑๗	๘๑.๐	๔๒	๒๓	๕๔.๘
รพช.๑๒๐ เตียง	๗	๖	๘๕.๗	๘	๓	๓๗.๕
รวม รพ.ชุมชน	๑๕๕	๑๓๔	๖๘.๗	๒๗๑	๑๒๕	๔๖.๑
รพ.ทั่วไป	๗๖	๕๕	๗๒.๔	๔๕	๒๑	๔๖.๕
รพ.ศูนย์	๑๗	๑๕	๘๘.๒	๒๐	๑๓	๖๕.๐
รวม รพ.ระดับจังหวัด	๕๓	๗๐	๗๕.๓	๖๕	๓๔	๕๒.๓
รพ.สังกัดกรมแพทย์	๔	๓	๗๕.๐	๕	๒	๔๐.๐
รพ.สังกัดกรมอนามัย	๑๐	๘	๘๐.๐	๑๐	๔	๔๐.๐
โรงเรียนแพทย์	๗	๕	๗๑.๔	๑๐	๕	๕๐.๐
รพ.สังกัดกรุงเทพมหานคร	๗	๖	๘๕.๗	๖	๒	๓๓.๓
รพ.สังกัดกระทรวงกลาโหม	๕๗	๒๖	๔๕.๖	๓๑	๑๕	๔๘.๔
รวม รพ.รัฐอื่นๆ	๘๕	๔๘	๕๖.๕	๖๒	๒๘	๔๕.๒
รพ.เอกชน < ๑๐๐ เตียง	๗๔	๔๓	๕๗.๘	๒๕๖	๕๓	๒๐.๗
รพ.เอกชน ๑๐๑-๒๐๐ เตียง	๗๔	๔๓	๕๗.๘	๖๕	๒๓	๓๕.๔
รพ.เอกชน > ๒๐๐ เตียง	๓๑	๑๘	๕๗.๘	๓๖	๑๐	๒๗.๘
รวม รพ.เอกชน	๑๗๙	๑๐๔	๕๗.๘	๓๕๗	๘๖	๒๔.๑
รวมตัวอย่างทั้งหมด	๕๕๓	๓๕๖	๖๔.๔	๗๕๕	๒๗๓	๓๖.๐

แต่ละชั้นช่วงของตัวอย่าง ในแต่ละปี จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในแต่ละปี หาได้จาก

- โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดฯ ใช้ข้อมูลจากปฏิทินสาธารณสุขรายปี
- โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ใช้ข้อมูลจากกรมการแพทย์
- โรงพยาบาลสังกัดกรมอนามัย ใช้ข้อมูลจากกรมอนามัย
- โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ใช้ข้อมูลกองสถิติ สำนักงานการแพทย์ กทม.
- โรงพยาบาลสังกัดกลาโหม ใช้ข้อมูลจากกรมแพทย์ทหาร กระทรวงกลาโหม
- โรงพยาบาลเอกชน ใช้ข้อมูลจากกองประกอบโรคศิลป์ กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

๑. อัตราการตอบกลับแบบสอบถาม

ในการสำรวจครั้งที่ ๑ แบบสอบถามได้ถูกส่งไปยังโรงพยาบาลต่างๆเมื่อปลายเดือนธันวาคม ๒๕๓๙ ได้หยุดรับแบบสอบถามเมื่อ มีนาคม ๒๕๔๐ และในการสำรวจครั้งที่ ๒ แบบสอบถามได้ถูกส่งเมื่อต้นเดือนธันวาคม ๒๕๔๔ และยุติการรับแบบสอบถามเมื่อเดือน มีนาคม ๒๕๔๕

ตารางที่ ๒ แสดงการตอบกลับแบบสอบถามซึ่งพบว่าในการสำรวจครั้งที่ ๑ มีโรงพยาบาลตอบกลับแบบสอบถามทั้งสิ้น ๓๕๖ แห่งคิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ ๖๔ โดยมีอัตราการตอบกลับในโรงพยาบาลระดับจังหวัดสูงสุดที่คิดเป็นร้อยละ ๗๕ น้อยที่สุดที่โรงพยาบาลรัฐอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ ๕๖ และพบว่ามียุทธการตอบกลับในโรงพยาบาลเอกชนค่อนข้างสูงคิดเป็นร้อยละ ๕๔

สำหรับการสำรวจครั้งที่ ๒ มีโรงพยาบาลตอบกลับแบบสอบถามทั้งสิ้น ๒๗๓ แห่งคิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ ๓๖ โดยมีอัตราการตอบกลับในโรงพยาบาล

ระดับจังหวัดสูงสุดเช่นกันคิดเป็นร้อยละ ๔๙ น้อยที่สุดที่โรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ ๒๔ จะเห็นได้ว่าอัตราการตอบกลับในครั้งที่ ๒ แตกต่างจากการสำรวจครั้งที่ ๑ ค่อนข้างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลเอกชน

๒. ปริมาณการคลอดบุตร

ตารางที่ ๓ แสดงจำนวนการคลอดบุตรในโรงพยาบาลทั้งหมดทั่วประเทศซึ่งได้จากการคำนวณด้วยการถ่วงน้ำหนักจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า จำนวนการคลอดบุตรโดยรวมค่อยๆ เพิ่มสูงขึ้นจาก ๗๑๖,๐๐๐ ในปี ๒๕๓๓ จนสูงที่สุดจำนวน ๑ ล้านคนในปี ๒๕๓๔ จากนั้นการคลอดบุตรลดลงเป็น ๗๕๖,๐๐๐ ในปี ๒๕๔๐ หลังจากนั้นมีการคลอดบุตรค่อนข้างคงที่

สำหรับสัดส่วนของสถานพยาบาลที่คลอดบุตรพบว่าในระยะแรกก่อนปี ๒๕๔๐ แนวโน้มของการคลอดบุตรส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลระดับจังหวัด ตามด้วยโรงพยาบาลอื่นของรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนตามลำดับ สำหรับแนวโน้มของการคลอดบุตรพบว่าสัดส่วนการคลอดในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ จนอยู่ที่ ๔๑% ของการคลอดทั้งหมด

สัดส่วนของการคลอดในโรงพยาบาลระดับจังหวัดอยู่ที่ร้อยละ ๓๐ เศษ โรงพยาบาล รัฐอื่นลดลงจากร้อยละ ๒๖ เป็นร้อยละ ๑๔ ใน ๑๒ ปี โรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มเพื่อขึ้นจนถึงจุดสูงสุดในปี ๒๕๓๙ (ร้อยละ ๑๗.๔) แต่หลังวิกฤตเศรษฐกิจ มีสัดส่วนการคลอด ลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือ ร้อยละ ๗ ในปี ๒๕๔๔

กล่าวโดยสรุป ในรอบ ๑๒ ปี ระหว่าง ๒๕๓๓ ถึง ๒๕๔๔ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลระดับจังหวัดมีจำนวนผู้มาคลอดบุตรเพิ่มขึ้น (ร้อยละ ๑๑ และ ๓ ตามลำดับ) ขณะที่โรงพยาบาลรัฐอื่น และ โรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนผู้มาคลอดบุตรลดลง (ร้อยละ ๗ และ ๗ ตามลำดับ) ในปี ๒๕๔๔ โรงพยาบาลรัฐทุกสังกัดให้บริการคลอดบุตรในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๙๓ ของการ

ตารางที่ ๓ จำนวนคลอดบุตรทั้งหมดในโรงพยาบาล ที่ประเทศไทย ปี ๒๕๓๓-๒๕๔๔

ประเภทโรงพยาบาล	๒๕๓๓	๒๕๓๔	๒๕๓๕	๒๕๓๖	๒๕๓๗	๒๕๓๘	๒๕๓๙	๒๕๔๐	๒๕๔๑	๒๕๔๒	๒๕๔๓	๒๕๔๔
รพช. ขนาด ๑๐ เตียง	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
รพช. ขนาด ๓๐ เตียง	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
รพช. ขนาด ๖๐ เตียง	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
รพช. ขนาด ๕๐ เตียง	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
รพช. ขนาด ๑๒๐ เตียง	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na
รวม รพชุมชน	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
ร้อยละ	๒๕.๕	๒๖.๖	๒๖.๕	๒๖.๕	๒๖.๕	๒๖.๕	๒๖.๕	๒๖.๕	๒๖.๕	๒๖.๕	๒๖.๕	๒๖.๕
รพท.ทั่วไป	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
รพ.ศูนย์	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
รวม รพ.ระดับจังหวัด	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
ร้อยละ	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖
รพ.สังกัดกรมแพทย์	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
รพ.สังกัดกรมอนามัย	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
ร้อยละ	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖
รพ.สังกัด กทม.	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
รพ.สังกัดลำปาง	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
รวม รพ.รัฐอื่นๆ	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
ร้อยละ	๒๕.๕	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๕.๕	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๕.๕	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๕.๕	๒๖.๖	๒๕.๕
รพ.เอกชน< ๑๐๐ เตียง	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
รพ.เอกชน๑๐๑-๒๐๐ เตียง	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
รพ.เอกชน>๒๐๐ เตียง	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
รวม รพ.เอกชน	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕
ร้อยละ	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖	๒๖.๖
รวมทั้งหมด	๒๕,๕๕๕	๒๗,๐๖๐	๒๗,๖๖๕	๒๕,๐๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕	๒๕,๖๖๕

ตารางที่ ๔ อัตราการคลอดบุตรปกติ (ร้อยละ) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี ๒๕๓๓-๒๕๔๕

ประเภทโรงพยาบาล	๒๕๓๓	๒๕๓๔	๒๕๓๕	๒๕๓๖	๒๕๓๗	๒๕๓๘	๒๕๓๙	๒๕๔๐	๒๕๔๑	๒๕๔๒	๒๕๔๓	๒๕๔๔	๒๕๔๕
รพช. ขนาด ๑๐ เตียง	๕๕.๑๗	๕๕.๔๖	๕๕.๕๐	๕๕.๓๑	๕๕.๖๕	๕๕.๑๗	๕๕.๓๒	๕๖.๒๕	๕๖.๗๗	๕๕.๕๗	๕๕.๕๐	๕๕.๕๕	๕๕.๕๕
รพช. ขนาด ๓๐ เตียง	๕๐.๗๗	๕๐.๗๕	๕๐.๑๕	๕๐.๕๖	๕๐.๗๐	๕๐.๕๕	๕๐.๑๕	๕๐.๕๕	๕๐.๑๓	๕๐.๗๕	๕๐.๗๗	๕๐.๗๗	๕๐.๓๕
รพช. ขนาด ๖๐ เตียง	๕๔.๕๕	๕๗.๑๖	๕๗.๕๕	๕๖.๗๑	๕๗.๖๕	๕๕.๒๕	๕๕.๒๒	๕๕.๕๑	๕๕.๕๑	๕๕.๕๑	๕๕.๕๑	๕๕.๕๑	๕๓.๕๒
รพช. ขนาด ๕๐ เตียง	๕๓.๕๕	๕๓.๗๐	๕๒.๐๗	๕๐.๗๓	๕๐.๓๒	๕๕.๗๕	๕๒.๕๕	๕๖.๑๗	๕๕.๑๗	๕๕.๕๑	๕๕.๕๐	๕๕.๓๑	๕๒.๑๒
รพช. ขนาด ๑๒๐ เตียง	Na	Na	Na	Na	Na	Na	๕๕.๖๒	๕๕.๖๒	๕๕.๖๒	๕๕.๖๒	๕๕.๖๒	๕๕.๖๒	๕๓.๕๒
รวม รพ.ชุมชน	๕๐.๕๕	๕๐.๕๗	๕๐.๓๖	๕๐.๕๖	๕๕.๕๕	๕๐.๑๕	๕๕.๕๕	๕๐.๑๕	๕๒.๕๕	๕๐.๑๕	๕๐.๑๕	๕๐.๑๕	๕๕.๕๕
รพ.ทั่วไป	๕๗.๒๖	๕๖.๑๒	๕๕.๐๕	๕๒.๕๗	๕๑.๖๓	๕๕.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕
รพ.ศูนย์	๕๑.๕๕	๕๒.๐๐	๕๑.๖๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕
รวม รพ.ระดับจังหวัด	๕๑.๖๑	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕
รพ.สังกัดกรมแพทย์	๕๑.๖๑	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕
รพ.สังกัดกรมอนามัย	๕๑.๖๑	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕
โรงเรียนแพทย์	๕๑.๖๑	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕
รพ.สังกัดกรุงเทพมหานคร	๕๑.๖๑	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕
รพ.สังกัดกระทรวงกลาโหม	๕๑.๖๑	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕
รวม รพ.รัฐอื่น ๆ	๕๑.๖๑	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕
รพ.เอกชน < ๑๐๐ เตียง	๕๑.๖๑	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕
รพ.เอกชน ๑๐๑-๒๐๐ เตียง	๕๑.๖๑	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕
รพ.เอกชน > ๒๐๐ เตียง	๕๑.๖๑	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕
รวม รพ.เอกชน	๕๑.๖๑	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕
รวมทั้งหมด	๕๑.๖๑	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕	๕๑.๕๕

คลอดทั้งหมดในประเทศไทย

๓. แบบแผนการคลอดบุตรจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

แบบแผนการคลอดบุตรในช่วงเวลาที่สำรวจพบว่า อัตราการคลอดบุตรปกติในโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงในรอบ ๑๒ ปี อยู่ที่ร้อยละ ๙๐ (ตารางที่ ๔) โรงพยาบาลเอกชนมีอัตราการคลอดปกติต่ำสุด (ร้อยละ ๔๒ ในปี ๒๕๓๓ ลดลงเหลือร้อยละ ๓๔ ในปี ๒๕๔๔) โรงพยาบาลระดับจังหวัดมีอัตราการคลอดบุตรปกติลดลงจาก ร้อยละ ๗๖ ในปี ๒๕๓๓ เป็นร้อยละ ๖๐ ในปี ๒๕๔๔ อัตราการคลอดบุตรปกติในโรงพยาบาลระดับจังหวัดลดลงมากกว่ากลุ่มโรงพยาบาลรัฐอื่น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในโรงพยาบาลประเภทต่างๆ ทำให้อัตราการคลอดบุตรปกติรวมทั้งทั่วประเทศ ลดลงจากร้อยละ ๗๔ ในปี ๒๕๓๓ เป็นร้อยละ ๗๑ ในปี ๒๕๔๔

ตารางที่ ๕ แสดงอัตราการคลอดบุตรด้วยวิธีผ่าตัด พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดทั้งประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๔.๔ ในปี ๒๕๓๓ เป็นร้อยละ ๒๒.๑ ในปี ๒๕๓๙ ซึ่งเป็นจุดสูงสุด ต่อมาลดลงเป็นร้อยละ ๒๐.๑ และร้อยละ ๑๘.๘ ในปี ๒๕๔๐ และปี ๒๕๔๑ ตามลำดับ ก่อนที่จะกลับสูงขึ้นซ้ำๆ อยู่ที่ร้อยละ ๒๐.๗ ในปี ๒๕๔๔ โรงพยาบาลที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุดได้แก่โรงพยาบาลเอกชนโดยมีอัตราการผ่าตัดคลอดในปี ๒๕๔๔ ร้อยละ ๕๓.๙ รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลระดับจังหวัดที่ร้อยละ ๒๙.๖ และโรงพยาบาลอื่นของรัฐ ที่ร้อยละ ๒๔.๙ ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการผ่าตัดคลอดต่ำสุดที่ร้อยละ ๕.๖ เท่านั้นเนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากรบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือแพทย์ และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ

การวิเคราะห์แนวโน้มพบว่า โรงพยาบาลเอกชนมีอัตราเพิ่มขึ้นสูงสุด เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๖ โดยเพิ่มจากร้อยละ ๓๗.๗ เป็น ๕๓.๙ ใน ๑๒ ปี โรงพยาบาลระดับจังหวัดมีอัตราเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๕.๕ เช่นกัน จาก ร้อยละ ๑๔.๑ เป็น ๒๙.๖ ใน ๑๒ ปี

ตารางที่ ๖ แสดงอัตราการคลอดบุตรด้วยคีมและ

เครื่องดูดสุญญากาศ พบว่า ภาพรวมทั้งประเทศอัตรา การคลอดด้วยคีมและเครื่องดูดสุญญากาศมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ ๑๑.๑ เป็น ร้อยละ ๘.๒ ใน ๑๒ ปี อัตราการคลอดด้วยคีมและเครื่องดูดสุญญากาศ ลดลงมากที่สุดในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ในโรงพยาบาลชุมชนประมาณร้อยละ ๕ และในโรงพยาบาลระดับจังหวัดประมาณร้อยละ ๑๑

๔. การผ่าคลอดทุติยภูมิ

ตารางที่ ๗ แสดงสัดส่วนของการผ่าตัดคลอดชนิดทุติยภูมิ (secondary cesarean section) เมื่อเทียบกับการผ่าตัดคลอดทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับต่างๆ พบว่า ภาพรวมระดับประเทศการผ่าตัดคลอดชนิดทุติยภูมิมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๔ ในปี ๒๕๓๓ เป็นร้อยละ ๓๖ ในปี ๒๕๓๔ และลดลงเล็กน้อย จนอยู่ในระดับร้อยละ ๓๒.๔ ในปี ๒๕๔๔

สัดส่วนการผ่าตัดคลอดชนิดทุติยภูมิพบมากที่สุดในโรงพยาบาลเอกชน อย่างไรก็ตามสัดส่วนดังกล่าวค่อนข้างคงที่ ไม่มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงในช่วงที่สำรวจ โดยมีสัดส่วนอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๔๐ ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด

สำหรับโรงพยาบาลต่างๆ ที่เหลือมีแนวโน้มการผ่าตัดคลอดชนิดทุติยภูมิเพิ่มสูงขึ้นทั้งหมด สำหรับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีอัตราต่ำสุดแต่กลับพบว่าสัดส่วนการผ่าตัดคลอดทุติยภูมิกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นค่อนข้างมากในระยะเวลา ๑๒ ปีที่สำรวจโดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๗ ในปี ๒๕๓๓ เป็นร้อยละ ๒๗ ในปี ๒๕๔๔

การศึกษาครั้งนี้ได้สอบถามจำนวนสูติแพทย์ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา (full-time obstetrician) และไม่เต็มเวลา (part-time consultant) ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ เพื่อประเมินภาระงานของสูติแพทย์ อย่างไรก็ตามพบว่าโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากไม่สามารถตอบสนองสำรวจส่วนนี้ได้ เนื่องจากข้อจำกัดของการสำรวจที่

ตารางที่ ๕ อัตราการคลอดบุตรด้วยวิธีผ่าตัดคลอด (ร้อยละ) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี ๒๕๓๓-๒๕๔๔

ประเภทโรงพยาบาล	๒๕๓๓	๒๕๓๔	๒๕๓๕	๒๕๓๖	๒๕๓๗	๒๕๓๘	๒๕๓๙	๒๕๔๐	๒๕๔๑	๒๕๔๒	๒๕๔๓	๒๕๔๔
รพช. ขนาด ๑๐ เตียง	๐.๕๒	๐.๖๐	๐.๒๗	๐.๓๒	๐.๔๐	๐.๔๖	๐.๔๔	๐.๕๒	๐.๐๕	๐.๑๕	๐.๔๐	๐.๖๓
รพช. ขนาด ๓๐ เตียง	๓.๔๖	๓.๖๐	๔.๑๔	๓.๓๗	๓.๗๑	๓.๖๐	๓.๓๕	๓.๔๐	๓.๑๔	๓.๕๔	๓.๕๖	๓.๖๗
รพช. ขนาด ๖๐ เตียง	๖.๒๖	๖.๕๐	๖.๖๖	๖.๖๕	๖.๗๒	๖.๖๕	๖.๖๖	๖.๖๖	๖.๖๖	๖.๖๖	๖.๖๖	๖.๖๖
รพช. ขนาด ๘๐ เตียง	๕.๑๓	๕.๔๗	๕.๕๕	๕.๕๖	๕.๕๖	๕.๕๖	๕.๕๖	๕.๕๖	๕.๕๖	๕.๕๖	๕.๕๖	๕.๕๖
รพช. ขนาด ๑๒๐ เตียง	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na
รวม รพ.ชุมชน	๓.๕๖	๓.๖๖	๔.๓๒	๔.๐๖	๔.๕๕	๔.๕๕	๔.๕๕	๔.๕๕	๔.๕๕	๔.๕๕	๔.๕๕	๔.๕๕
รพ.ทั่วไป	๑๓.๐๕	๑๔.๒๖	๑๕.๔๖	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖
รพ.ศูนย์	๑๖.๕๕	๑๕.๑๓	๑๖.๕๕	๑๖.๕๕	๑๖.๕๕	๑๖.๕๕	๑๖.๕๕	๑๖.๕๕	๑๖.๕๕	๑๖.๕๕	๑๖.๕๕	๑๖.๕๕
รวม รพ.ระดับจังหวัด	๑๔.๑๑	๑๕.๑๖	๑๖.๑๖	๑๖.๑๖	๑๖.๑๖	๑๖.๑๖	๑๖.๑๖	๑๖.๑๖	๑๖.๑๖	๑๖.๑๖	๑๖.๑๖	๑๖.๑๖
รพ.สังกัดกรมแพทย์	๑๗.๖๓	๑๗.๖๗	๑๗.๖๗	๑๗.๖๗	๑๗.๖๗	๑๗.๖๗	๑๗.๖๗	๑๗.๖๗	๑๗.๖๗	๑๗.๖๗	๑๗.๖๗	๑๗.๖๗
รพ.สังกัดกรมอนามัย	๑๒.๗๑	๑๓.๕๓	๑๔.๕๓	๑๖.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓
โรงเรียนแพทย์	๑๖.๗๕	๑๖.๗๕	๑๖.๗๕	๑๖.๗๕	๑๖.๗๕	๑๖.๗๕	๑๖.๗๕	๑๖.๗๕	๑๖.๗๕	๑๖.๗๕	๑๖.๗๕	๑๖.๗๕
รพ.สังกัดกรุงเทพมหานคร	๑๒.๕๗	๑๔.๑๔	๑๕.๑๔	๑๖.๗๕	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓
รพ.สังกัดกระทรวงกลาโหม	๑๕.๑๗	๑๖.๑๗	๑๖.๑๗	๑๖.๑๗	๑๖.๑๗	๑๖.๑๗	๑๖.๑๗	๑๖.๑๗	๑๖.๑๗	๑๖.๑๗	๑๖.๑๗	๑๖.๑๗
รวม รพ.รัฐอื่น ๆ	๑๖.๓	๑๗.๐	๑๗.๖๖	๑๘.๖๖	๑๙.๖๖	๑๙.๖๖	๑๙.๖๖	๑๙.๖๖	๑๙.๖๖	๑๙.๖๖	๑๙.๖๖	๑๙.๖๖
รพ.เอกชน < ๑๐๐ เตียง	๓๗.๐๐	๔๒.๕๖	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗
รพ.เอกชน ๑๐๑-๒๐๐ เตียง	๓๕.๕๕	๔๒.๕๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗
รพ.เอกชน > ๒๐๐ เตียง	๓๖.๗๑	๔๑.๖๖	๔๕.๑๕	๔๕.๑๕	๔๕.๑๕	๔๕.๑๕	๔๕.๑๕	๔๕.๑๕	๔๕.๑๕	๔๕.๑๕	๔๕.๑๕	๔๕.๑๕
รวม รพ.เอกชน	๓๗.๖๖	๔๒.๕๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗	๔๗.๑๗
รวมทั้งหมด	๑๔.๗๖	๑๕.๖๕	๑๖.๖๐	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖	๑๖.๕๖

ตารางที่ ๖ อัตราการคลอดบุตรด้วยวิธีธรรมชาติและเครื่องดูดสุญญากาศ (ร้อยละ) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี ๒๕๓๓-๒๕๔๔

ประเภทโรงพยาบาล	๒๕๓๓	๒๕๓๔	๒๕๓๕	๒๕๓๖	๒๕๓๗	๒๕๓๘	๒๕๓๙	๒๕๔๐	๒๕๔๑	๒๕๔๒	๒๕๔๓	๒๕๔๔
รพช. ขนาด ๑๐ เตียง	๓.๕๑	๓.๕๕	๓.๖๓	๔.๓๗	๔.๕๑	๔.๖๕	๔.๗๙	๔.๙๓	๕.๐๗	๕.๒๑	๕.๓๕	๕.๔๙
รพช. ขนาด ๓๐ เตียง	๕.๖๕	๕.๓๕	๕.๖๗	๕.๐๗	๕.๕๕	๕.๙๕	๕.๕๕	๕.๕๗	๕.๓๗	๕.๕๗	๕.๖๗	๕.๗๗
รพช. ขนาด ๖๐ เตียง	๖.๗๕	๖.๓๕	๕.๕๗	๖.๓๗	๕.๖๗	๕.๖๗	๕.๖๗	๕.๖๗	๕.๖๗	๕.๖๗	๕.๖๗	๕.๖๗
รพช. ขนาด ๕๐ เตียง	๗.๒๕	๖.๖๕	๖.๖๗	๖.๖๗	๖.๖๗	๖.๖๗	๖.๖๗	๖.๖๗	๖.๖๗	๖.๖๗	๖.๖๗	๖.๖๗
รพช. ขนาด ๑๒๐ เตียง	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na
รวม รพ.ชุมชน	๕.๕๗	๕.๖๗	๕.๖๗	๕.๖๗	๕.๖๗	๕.๖๗	๕.๖๗	๕.๖๗	๕.๖๗	๕.๖๗	๕.๖๗	๕.๖๗
รพ.ทั่วไป	๕.๖๕	๕.๖๕	๕.๖๕	๕.๖๕	๕.๖๕	๕.๖๕	๕.๖๕	๕.๖๕	๕.๖๕	๕.๖๕	๕.๖๕	๕.๖๕
รพ.ศูนย์	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖
รวม รพ.ระดับจังหวัด	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖
รพ.สังกัดกรมแพทย์	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖
รพ.สังกัดกรมอนามัย	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖
โรงเรียนแพทย์	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖
รพ.สังกัดกรุงเทพมหานคร	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖
รพ.สังกัดกระทรวงกลาโหม	๖.๖๖	๖.๖๖	๖.๖๖	๖.๖๖	๖.๖๖	๖.๖๖	๖.๖๖	๖.๖๖	๖.๖๖	๖.๖๖	๖.๖๖	๖.๖๖
รวม รพ.รัฐอื่น ๆ	๑๒.๖๖	๑๒.๖๖	๑๒.๖๖	๑๒.๖๖	๑๒.๖๖	๑๒.๖๖	๑๒.๖๖	๑๒.๖๖	๑๒.๖๖	๑๒.๖๖	๑๒.๖๖	๑๒.๖๖
รพ.เอกชน < ๑๐๐ เตียง	๒๓.๖๖	๒๓.๖๖	๒๓.๖๖	๒๓.๖๖	๒๓.๖๖	๒๓.๖๖	๒๓.๖๖	๒๓.๖๖	๒๓.๖๖	๒๓.๖๖	๒๓.๖๖	๒๓.๖๖
รพ.เอกชน ๑๐๑-๒๐๐ เตียง	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖
รพ.เอกชน > ๒๐๐ เตียง	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖	๑๕.๖๖
รวม รพ.เอกชน	๑๗.๖๖	๑๗.๖๖	๑๗.๖๖	๑๗.๖๖	๑๗.๖๖	๑๗.๖๖	๑๗.๖๖	๑๗.๖๖	๑๗.๖๖	๑๗.๖๖	๑๗.๖๖	๑๗.๖๖
รวมทั้งหมด	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖	๑๑.๖๖

ตารางที่ ๗ อัตรา Secondary CS (ร้อยละของ CS ทั้งหมด) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี ๒๕๓๓-๒๕๔๔

ประเภท โรงพยาบาล	๒๕๓๓	๒๕๓๔	๒๕๓๕	๒๕๓๖	๒๕๓๗	๒๕๓๘	๒๕๓๙	๒๕๔๐	๒๕๔๑	๒๕๔๒	๒๕๔๓	๒๕๔๔
รพช. ๑๐ เพียง	๒๕.๘๖	๓๓.๓๓	๓๓.๖๔	๓๖.๖๗	๒๖.๖๓	๔๒.๘๖	๔๒.๘๖	Na	Na	Na	Na	Na
รพช. ๓๐ เพียง	๑๘.๒๒	๑๖.๘๖	๑๘	๒๒.๔๖	๒๑.๐๑	๒๖.๑๔	๒๖.๑๔	๒๖.๘๖	๒๘.๔๖	๒๘.๖๑	๒๘.๓๕	๒๗.๐๘
รพช. ๖๐ เพียง	๑๖.๖๑	๑๘.๘๖	๑๗.๘๖	๑๕.๓๖	๑๘.๗๖	๒๕.๒๗	๒๖.๗๖	๒๖.๗๖	๒๕.๐๐	๒๕.๑๔	๑๕.๖๓	๑๕.๕๖
รพช. ๘๐ เพียง	๑๖.๒๒	๑๖.๕๔	๑๘.๖๒	๒๐.๓๕	๒๐.๕๗	๒๑.๗๖	๒๑.๗๖	๒๑.๗๖	๒๑.๗๖	๒๑.๗๖	๒๑.๗๖	๒๑.๗๖
รพช. ๑๒๐ เพียง	Na	Na	Na	Na	Na	๑๖.๕๒	๑๖.๕๒	๑๖.๕๒	๑๖.๕๒	๑๖.๕๒	๑๖.๕๒	๑๖.๕๒
รวม รพ.ชุมชน	๑๗.๑๖	๑๘.๑๔	๑๘.๕๓	๑๘.๘๑	๑๘.๘๑	๒๒.๗๖	๒๒.๗๖	๒๒.๗๖	๒๒.๗๖	๒๒.๗๖	๒๒.๗๖	๒๒.๗๖
รพท.	๒๒.๕๔	๒๒.๓๓	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔	๒๒.๓๓	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔
รพศ.	๒๒.๓๓	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔	๒๒.๕๔
รวม รพ.ระดับจังหวัด	๒๒.๗๖	๒๒.๑๘	๒๒.๑๘	๒๒.๑๘	๒๒.๑๘	๒๒.๑๘	๒๒.๑๘	๒๒.๑๘	๒๒.๑๘	๒๒.๑๘	๒๒.๑๘	๒๒.๑๘
รพ.กรมการแพทย์	๓๐.๓๕	๓๐.๓๕	๓๐.๓๕	๓๐.๓๕	๓๐.๓๕	๓๐.๓๕	๓๐.๓๕	๓๐.๓๕	๓๐.๓๕	๓๐.๓๕	๓๐.๓๕	๓๐.๓๕
รพ.ทบวงมหาวิทยาลัย	๒๕.๕๓	๓๐.๓๖	๒๕.๘๖	๓๖.๒๕	๓๖.๒๕	๓๖.๒๕	๓๖.๒๕	๓๖.๒๕	๓๖.๒๕	๓๖.๒๕	๓๖.๒๕	๓๖.๒๕
รพ.สังกัดกทม.	๒๓.๖๒	๒๕.๘๖	๒๕.๘๖	๒๕.๘๖	๒๕.๘๖	๒๕.๘๖	๒๕.๘๖	๒๕.๘๖	๒๕.๘๖	๒๕.๘๖	๒๕.๘๖	๒๕.๘๖
รพ.สังกัดกรมอนามัย	๑๘.๗๖	๒๑.๑๔	๒๑.๑๔	๒๑.๑๔	๒๑.๑๔	๒๑.๑๔	๒๑.๑๔	๒๑.๑๔	๒๑.๑๔	๒๑.๑๔	๒๑.๑๔	๒๑.๑๔
รพ.สังกัดกติาใหม่	๓๗.๒๗	๓๗.๒๗	๓๗.๒๗	๓๗.๒๗	๓๗.๒๗	๓๗.๒๗	๓๗.๒๗	๓๗.๒๗	๓๗.๒๗	๓๗.๒๗	๓๗.๒๗	๓๗.๒๗
รวม รพ.รัฐอื่น ๆ	๒๘.๗๖	๓๐.๑๘	๓๐.๑๘	๓๐.๑๘	๓๐.๑๘	๓๐.๑๘	๓๐.๑๘	๓๐.๑๘	๓๐.๑๘	๓๐.๑๘	๓๐.๑๘	๓๐.๑๘
รพ.เอกชน <๑๐๐ เตียง	๓๒.๖	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑
รพ.เอกชน ๑๐๑-๒๐๐ เตียง	๒๒.๖	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑	๒๕.๓๑
รพ.เอกชนมากกว่า ๒๐๐ เตียง	๒๑.๕๗	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒
รวม รพ.เอกชน	๒๑.๕๗	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒	๒๕.๑๒
รวม รพ.ทุกประเภท	๒๗.๕๖	๒๘.๐๕	๒๘.๐๕	๒๘.๐๕	๒๘.๐๕	๒๘.๐๕	๒๘.๐๕	๒๘.๐๕	๒๘.๐๕	๒๘.๐๕	๒๘.๐๕	๒๘.๐๕

เก็บข้อมูลเป็นรายปี แต่สูติแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมา มีอัตราการหมุนเวียน (ในแต่ละปี) สูงมากและโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ไม่มีสูติแพทย์ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาทำให้เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะโรงพยาบาลที่ตอบกลับมา สูติแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนและสูติแพทย์ทั้งประเทศจะมีจำนวนมากกว่าความเป็นจริง ซึ่งข้อมูลจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ พบว่าจำนวนสูติแพทย์จบใหม่ ๘๐-๘๕ คนต่อปี จำนวนสูติแพทย์โดยรวมประมาณ ๒,๐๐๐ คนและมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมาด้วยข้อจำกัดของทุนศึกษาต่อๆ ทำให้ผู้วิจัยตัดสินใจไม่รายงานผลการศึกษาในประเด็นดังกล่าว

อภิปรายผล

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อพิจารณาสำคัญของการนำงานวิจัยชิ้นนี้ไปใช้คือ รายงานฉบับนี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจแบบแผนการคลอดบุตร ๒ ครั้งในระยะเวลาห่างจากกัน ๗ ปี ถึงแม้ว่านักวิจัยจะพยายามให้ข้อมูลมีความสอดคล้องกันมากที่สุดโดยใช้วิธีการสำรวจและแบบสอบถามที่เหมือนกัน สำหรับการสำรวจทั้งสองครั้ง และพยายามคงไว้ซึ่งโครงสร้างของตัวอย่างในการสำรวจไว้ทุกประการ อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามก่อนข้างจะต่างกันมาก โดยการสำรวจในครั้งแรกมีอัตราการตอบกลับสูงกว่าเกือบเท่าตัว ทั้งนี้จะเห็นว่าอัตราการตอบกลับที่แตกต่างกันมากอยู่ในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน โดยอัตราการตอบกลับของโรงพยาบาลเอกชนในการสำรวจครั้งแรกอยู่ที่ร้อยละ ๕๗ ส่วนในการสำรวจครั้งหลังอยู่ที่ร้อยละ ๒๔ ทั้งนี้คงเป็นได้ด้วยเหตุผลสำคัญ ๓ ประการ คือ

๑) ในการวิจัยครั้งที่ ๒ ผู้วิจัยพยายามจะเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กที่มีเตียงระหว่าง ๑๐-๕๐ เตียงซึ่งในการวิจัยครั้งแรกไม่ได้สำรวจ เพราะ

เห็นว่าในปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากที่เปิดดำเนินการเป็นลักษณะโรงพยาบาลเอกชนขนาดดังกล่าว (ซึ่งส่วนใหญ่เพื่อรับดูแลผู้ป่วยประกันสังคม) ประกอบกับในระยะที่เศรษฐกิจกำลังรุ่งเรืองธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมีขยายตัวอย่างรวดเร็ว การสำรวจในปี ๒๕๔๕ จึงใช้จำนวนตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนสูงถึง ๒๕๖ แห่ง ขณะที่จำนวนโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามกลับมาโดยรวมพบว่าไม่ต่างจากการสำรวจครั้งแรกเท่าใดนัก จึงทำให้อัตราตอบกลับค่อนข้างต่ำในการสำรวจรอบที่สอง

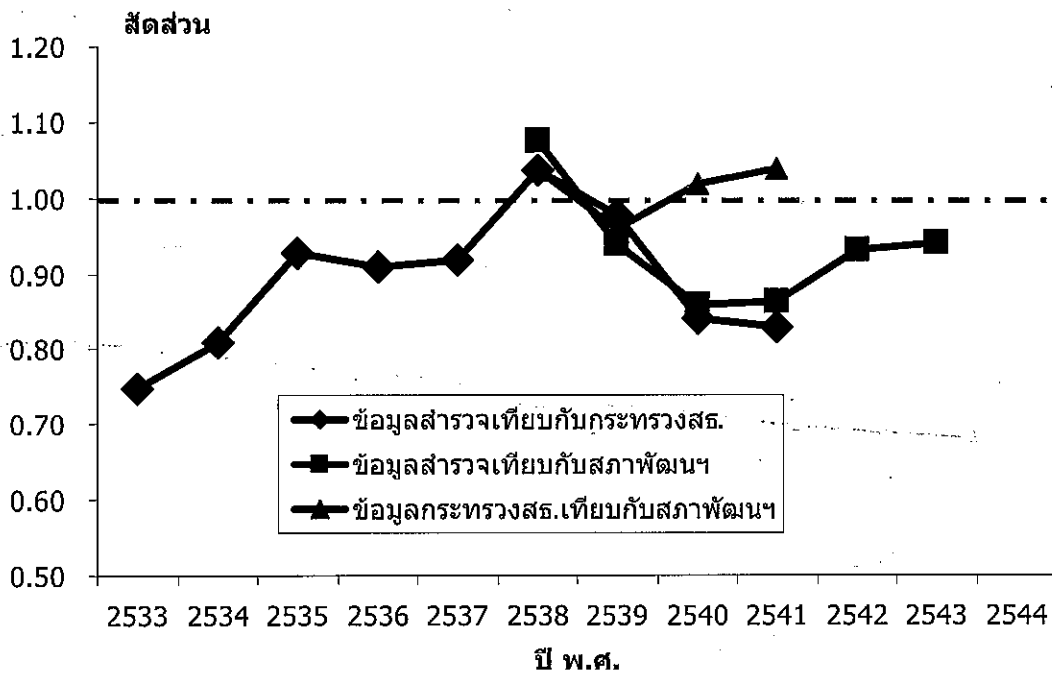
๒) ผู้วิจัยพบว่า มีแบบสอบถามจำนวนหนึ่ง (ประมาณร้อยละ ๕) ได้รับกลับคืนมาหลังส่งไปโดยไม่มีผู้รับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนเพราะว่าโรงพยาบาลเหล่านั้นปิดดำเนินการไปแล้ว

๓) ผลการวิจัยที่ได้จากการสำรวจครั้งแรกถูกนำไปใช้ในการอ้างอิงอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วของการผ่าตัดคลอด ดังนั้นจึงอาจมีผลกระทบ ต่อความร่วมมือในการสำรวจครั้งที่ ๒ มีโรงพยาบาลบางแห่งอาจไม่ยอมให้ข้อมูล เพราะเกรงว่าจะเกิดผลเสีย ซึ่งในประเด็นนี้ไม่สามารถพิสูจน์ทราบได้ ซึ่งหากเป็นจริงจะทำให้ผู้ใช้ข้อมูลนี้ยังต้องเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้นเพราะจะมีปัญหาความลำเอียงในเรื่องข้อมูล (selection bias) โรงพยาบาลที่ไม่ตอบแบบสอบถามอาจจะมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงกว่า โรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม ทำให้อัตราที่ประมาณการได้ในรายงานนี้ ต่ำกว่าความเป็นจริง

เปรียบเทียบปริมาณการคลอดบุตรกับข้อมูลแหล่งอื่น

ในการสำรวจครั้งนี้มีการคำนวณด้วยการถ่วงน้ำหนักเพื่อให้เป็นข้อมูลของทั้งประเทศ ผู้วิจัยต้องการตรวจสอบ (verify) จำนวนการคลอดบุตรเฉพาะในโรงพยาบาลที่ได้จากการประมาณการในงานวิจัยนี้กับข้อมูลจำนวนการคลอดบุตรที่ได้จากแหล่งข้อมูลอื่นว่ามี ความสอดคล้องกันเพียงใด ผู้วิจัยใช้ข้อมูลสำคัญ ๒ แหล่งได้แก่

ก) จำนวนการการเกิดมีชีพทั้งประเทศของ



รูปที่ ๑ กราฟเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนการคลอดบุตรจากข้อมูลการสำรวจเทียบกับข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข* ข้อมูลการสำรวจเทียบกับข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ** และข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขเทียบกับข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
*อ้างอิงจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารฯ สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข
**อ้างอิงจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข^(๒) ที่มีรายงานในระหว่างปี ๒๕๒๙-๔๑ ซึ่งใช้อ้างอิงในกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่

ข) ข้อมูลจำนวนการเกิดที่ใช้ในสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่รายงานในระหว่างปี ๒๕๓๔-๔๓ ซึ่งอ้างอิงจากฐานข้อมูลของกระทรวงมหาดไทย^(๒๔)

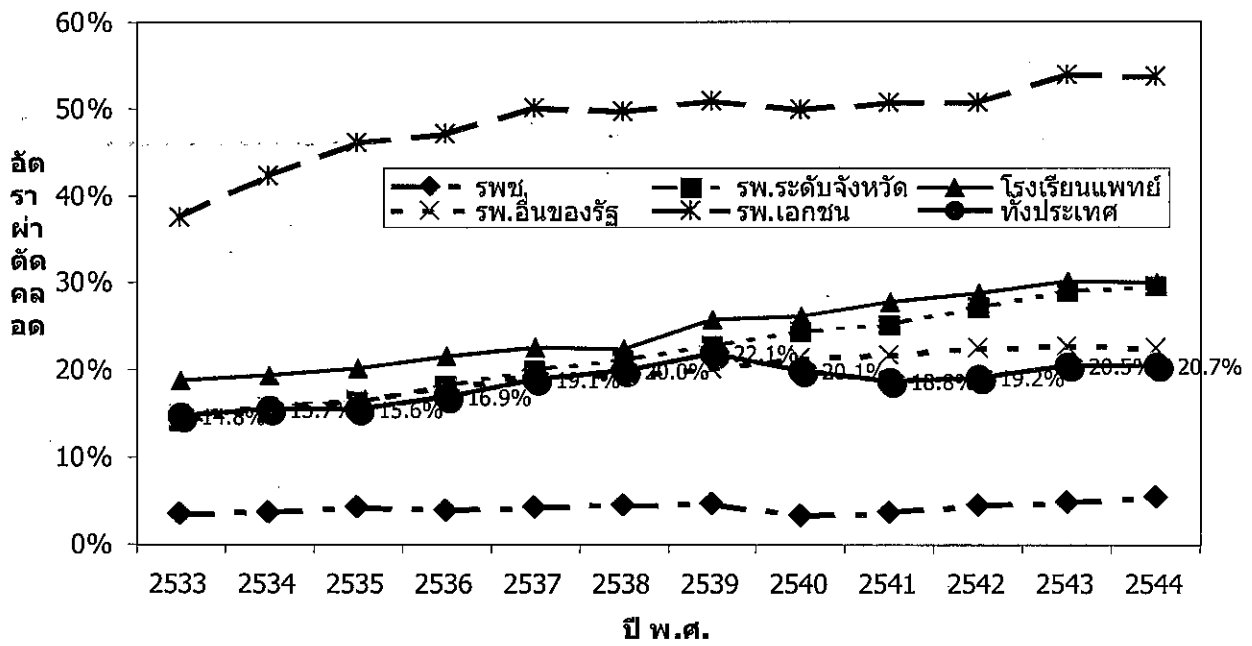
ข้อมูลจากทั้ง ๓ แหล่งมีแหล่งที่มาต่างกัน โดยแท้จริงแล้วจึงยากที่จะทำการเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตามหากนำมาเปรียบเทียบตามรูปภาพที่ ๑ จะพบว่า สัดส่วนของข้อมูลที่อ้างอิงในกระทรวงสาธารณสุขกับที่อ้างอิงในสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (คำนวณจาก จำนวนการคลอดมีชีพรายปีของกระทรวงสาธารณสุขหารด้วย จำนวนคน

เกิดที่อ้างอิงในข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แสดงในเส้นที่มีข้อต่อรูปสามเหลี่ยม) มีค่าใกล้เคียงกันค่อนข้างมาก (เข้าใกล้ ๑) เกือบทุกปี (๒๕๓๔ ถึง ๒๕๔๑) ซึ่งแสดงว่าประมาณการจำนวนการเกิดใกล้เคียงกัน

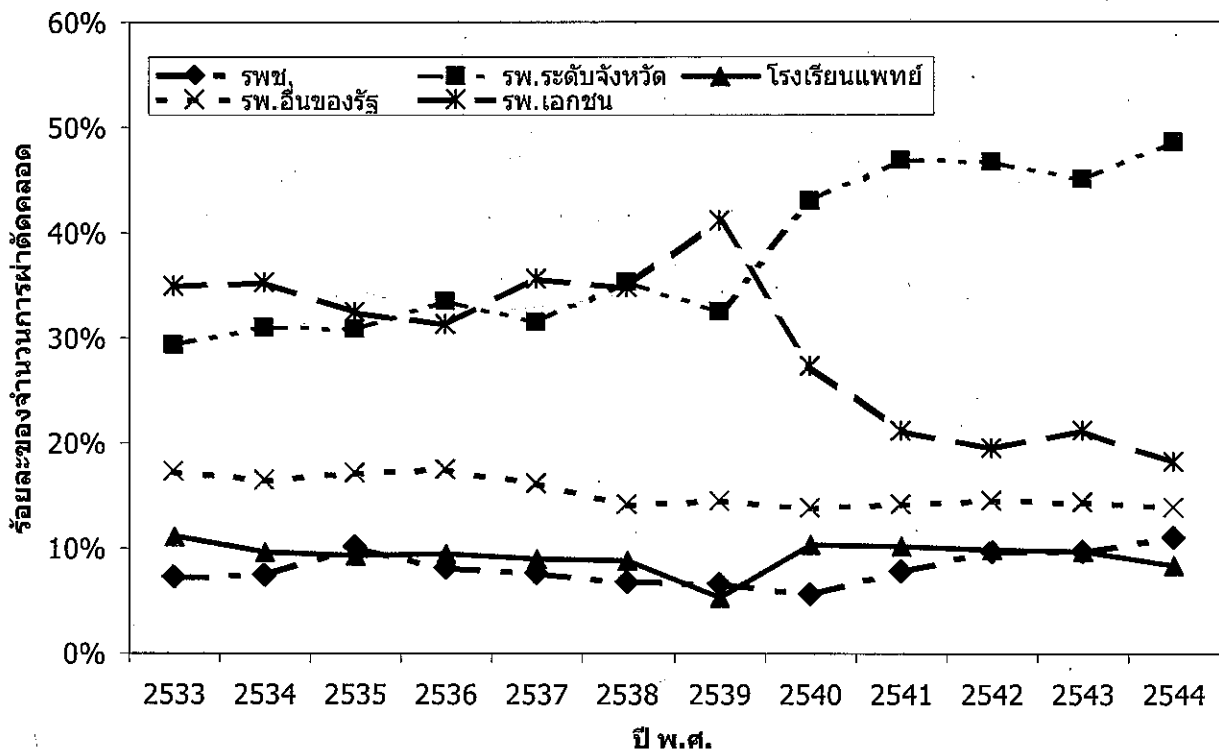
อย่างไรก็ตามตามจำนวนการคลอดบุตรที่ประมาณการจากการสำรวจในงานวิจัยนี้ พบว่าการประมาณการในปี ๒๕๓๓ มีสัดส่วนเพียงร้อยละ ๗๕ ของจำนวนการคลอดมีชีพที่อ้างอิงในกระทรวงสาธารณสุข หมายความว่า หากเชื่อถือข้อมูลอ้างอิงของกระทรวงสาธารณสุข การประมาณการจากการสำรวจในรายงานฉบับนี้มีความครอบคลุมการเกิดเพียงร้อยละ ๗๕ เท่านั้น

อย่างไรก็ตามตามจำนวนการคลอดที่ประมาณการจากการสำรวจครั้งนี้ และจำนวนการเกิดมีชีพของ

รูปที่ 2 อัตราการผ่าตัดคลอดจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2533-2544



รูปที่ 3 ร้อยละของการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ปี 2533-2544



กระทรวงสาธารณสุข จะใกล้เคียงกันมากขึ้นเรื่อยๆ (เข้าใกล้ค่า ๑) จนมีจำนวนใกล้เคียงกันมากที่สุดในช่วงปี ๒๕๓๔-๓๙ ซึ่งเป็นสองปีสุดท้ายในการสำรวจครั้งแรกในการสำรวจครั้งที่ ๒ ก็เช่นกันพบว่าในปี ๒๕๔๐-๔๑ จำนวนการคลอดในการสำรวจรายงานเพียงร้อยละ ๔๕ ของข้อมูลจาก ๒ แหล่ง และสัดส่วนดังกล่าวใกล้เคียงกันมากขึ้นในการสำรวจปีหลังๆ เมื่อเปรียบเทียบตัวเลขประมาณการจากการสำรวจนี้ กับข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จุดอ่อนของการสำรวจนี้ คือการสำรวจข้อมูลย้อนหลังหลายๆ ปีด้วยกัน ถ้าการเก็บข้อมูลสถิติของสถานพยาบาลไม่ดี การสืบค้นข้อมูลจะทำได้ค่อนข้างยากหรือไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร

ระดับสถานพยาบาลและการคลอดบุตรในหญิงไทย

การศึกษานี้ให้ข้อค้นพบสำคัญเชิงนโยบายคือ โรงพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญที่สุดในการให้บริการฝากครรภ์และคลอดบุตรของหญิงไทย ถึงร้อยละ ๓๐ ของการคลอดทั้งหมดในประเทศในปี ๒๕๓๓ นอกจากนี้ ยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจ จากร้อยละ ๓๒.๙ ในปี ๒๕๔๐ เป็น ๔๐.๗ ในปี ๒๕๔๔ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีส่วนให้การให้บริการรักษาพยาบาล รวมทั้งการคลอดบุตร การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค กับสถานพยาบาลปฐมภูมิมากขึ้น ดังนั้น หญิงไทยในชนบทจะใช้บริการคลอดบุตรในโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น ถ้าคุณภาพบริการเป็นที่ยอมรับ โรงพยาบาลชุมชนจะทวีความสำคัญของการให้บริการคลอดบุตรมากขึ้น

การที่โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรค่อนข้างต่ำ (ตารางที่ ๕) โดยส่งต่อผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดไปยังโรงพยาบาลระดับจังหวัด และมีบทบาทในการให้บริการคลอดบุตรเพิ่มขึ้น (ตารางที่ ๓) จะทำให้ อัตราการผ่าตัดของประเทศชะลอการเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่า อัตราการผ่าตัดทั้งประเทศชะลอลง โดยลดลงจากร้อยละ ๒๒.๑ ในปี ๒๕๓๙ เป็นร้อยละ ๒๐, ๑๘.๘,

๑๙.๒, ๒๐.๕ และ ๒๐.๗ ในปี ๒๕๔๐-๒๕๔๔ ตามลำดับ ในทางตรงกันข้าม อัตราการผ่าคลอดสูงถึงกว่าร้อยละ ๕๐ ในโรงพยาบาลเอกชนตั้งแต่ปี ๒๕๓๗ เป็นต้นมา ส่งผลกระทบต่ออัตราการผ่าคลอดในระดับประเทศค่อนข้างนี้ เนื่องจาก โรงพยาบาลเอกชนมีบทบาทไม่มากในการบริการคลอดบุตร โดยเฉพาะลดลงจากร้อยละ ๑๗.๔ ในปี ๒๕๓๙ เป็นร้อยละ ๗ ในปี ๒๕๔๔ อัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ ๕๐ ในปี ๒๕๓๙ ส่งผลกระทบต่ออัตราการผ่าคลอดของทั้งประเทศค่อนข้างมาก เนื่องจาก โรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนการคลอดสูงสุดถึงร้อยละ ๑๗.๔ ในปีดังกล่าว อัตราการผ่าตัดคลอดทั้งประเทศในปี ๒๕๓๙ เท่ากับร้อยละ ๒๒.๑ เป็นอัตราสูงสุดในรอบ ๑๒ ปีที่ทำการศึกษา (รูปที่ ๒)

อย่างไรก็ตามหากพิจารณาจำนวนการผ่าตัดคลอดในประเทศไทยจะพบการเปลี่ยนแปลงเช่นกันในปี ๒๕๔๐ โดยพบวก่อนปี ๒๕๔๐ การผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่ทำในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลระดับจังหวัด แต่ภายหลังจากปี ๒๕๔๐ สัดส่วนของการผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่ไปอยู่ที่โรงพยาบาลระดับจังหวัด (รูปที่ ๓) เนื่องด้วยหลังปี ๒๕๔๐ จำนวนการคลอดในโรงพยาบาลระดับจังหวัดเพิ่มขึ้นและอัตราการผ่าตัดคลอดก็เพิ่มสูงขึ้นด้วย แม้ว่าหลังปี ๒๕๔๐ การคลอดจะเพิ่มสูงขึ้นมาในโรงพยาบาลชุมชนแต่จากอัตราการผ่าตัดคลอดต่ำจึงไม่ส่งผลให้สัดส่วนการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมชนเปลี่ยนแปลงมากนัก

ดังนั้น ในรูปที่ ๓ นี้ ระบุว่า การศึกษาว่าการผ่าตัดคลอด มีความเหมาะสมหรือไม่อย่างไร หรือการวิจัยปฏิบัติการเพื่อลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์นั้น ควรจะดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลระดับจังหวัด ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรอยู่ในเกณฑ์สูง และมีสัดส่วนการคลอดบุตรสูงรองจากโรงพยาบาลชุมชน

ปีแห่งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการคลอดบุตร

เห็นได้ชัดเจนว่าแบบแผนการคลอดบุตรของหญิง

ไทยในช่วงเวลาที่สำรวจ ๑๒ ปี มีจุดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในปี ๒๕๔๐ ซึ่งอาจอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะเศรษฐกิจครั้งใหญ่ในประเทศ การตั้งครุฑและคลอดบุตรเป็นสิ่งหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ดังกล่าวเพราะโดยทั่วไปการตั้งครุฑสามารถวางแผนล่วงหน้าได้และส่วนใหญ่ของคู่ครองที่ต้องการมีบุตรมักใช้ความพร้อมทางเศรษฐกิจเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจ ดังนั้นการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจจึงทำให้คู่ครองส่วนหนึ่งตัดสินใจเลื่อนการมีบุตรไปทำให้มีจำนวนการคลอดในแต่ละปีลดลงเป็นต้นมา นอกจากนี้ อุปสงค์ต่อการบริการการคลอดบุตร เปลี่ยนแปลงไป โดยเลือกสถานลดปริมาณอุปสงค์ในโรงพยาบาลเอกชนลง และเพิ่มอุปสงค์ต่อการบริการคลอดในโรงพยาบาลรัฐบาล ทั้งโรงพยาบาลระดับจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าโรงพยาบาลเอกชนมาก

การเปลี่ยนแปลงอุปสงค์ต่อการบริการคลอดบุตรดังกล่าว ส่งผลดีในด้านการลดลงของอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรในภาพรวมทั้งประเทศ ซึ่งแต่เดิมมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยตลอด แต่จากสัดส่วนการผ่าตัดคลอดทุติยภูมิที่เพิ่มขึ้นซึ่งอาจเกิดจากการผ่าตัดคลอดในท้องแรกๆ มากขึ้นในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งในปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทุติยภูมิยังเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในประเทศไทย ซึ่งทำให้การลดอัตราการผ่าตัดคลอดทำได้ยาก การคลอดทางช่องคลอดหลังการผ่าตัดคลอด (vaginal birth after Cesarean) ยังไม่เป็นที่นิยม และมีอุปสรรคปัญหาในการปฏิบัติค่อนข้างมาก^(๒๗)

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าระบบข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการคลอดบุตรเป็นเรื่องสำคัญ ควรมีระบบรายงานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรายงานใน internet หรือผ่าน webpage ที่มีหน่วยงานกลางรับผิดชอบ เพื่อให้เห็นภาพรวมของประเทศ ระบบข้อมูลจะมีความแม่นยำสูง ซึ่งสามารถทดแทนการสำรวจ ซึ่งมีความ

แม่นยำน้อยกว่า ข้อมูลในระดับประเทศ ภาคภูมิศาสตร์ระดับและประเภทโรงพยาบาล มีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวางแผนในระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ระบบข้อมูลยังมีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ในระดับโรงพยาบาลแต่ละแห่ง นอกจากเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบ กับโรงพยาบาลในระดับประเภทเดียวกัน (peer hospital comparison) ยังใช้เป็นฐานข้อมูลของการทบทวน ความจำเป็น และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของการผ่าตัดคลอดภายในโรงพยาบาลของตนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพด้วยกัน (peer review)

เป็นที่น่าเสียดายว่าในปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานใดดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลแบบแผนการคลอดอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยเสนอให้ผู้เกี่ยวข้อง ๒ ฝ่ายใหญ่ๆ เป็นแกนนำในการสร้างระบบรายงานทาง electronic ซึ่งให้บันทึกการคลอดบุตรในสถานพยาบาล รัฐและเอกชนทุกระดับทันทีที่มีการคลอดบุตร ได้แก่

๑. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๒. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์

จากการวิจัยพบว่า ภาระงานบริการคลอดบุตรของโรงพยาบาลในภาครัฐที่ผ่านมาและปัจจุบันสูงขึ้น จึงควรที่ผู้บริหารจะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรและจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้คงคุณภาพของบริการไว้ เช่น โรงพยาบาลชุมชน (ตั้งแต่ขนาด ๑๐ เตียงจนถึง ๖๐ เตียง) ที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดที่ต่ำมาก ซึ่งเกิดจากความไม่พร้อมในการให้บริการผ่าตัดคลอด ทำให้ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐในระดับสูงขึ้น ซึ่งหากสามารถพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ หรือขนาดเล็กที่อยู่ห่างไกลที่ไม่อาจส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัยได้ทันท่วงที ให้มีศักยภาพ และความสามารถให้บริการผ่าตัดคลอดได้อย่างปลอดภัย

ควรให้มีการศึกษาในลักษณะของการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือ (intervention study) เพื่อลดปริมาณการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นลง เนื่องจากก่อให้เกิดผล

เสียหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดค่อนข้างสูง การศึกษาในโรงพยาบาลระดับจังหวัด ๒๙ แห่งเมื่อปี ๒๕๔๐ พบว่ามีการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็นในโรงพยาบาลระดับจังหวัดจำนวนมาก^(๑๙) ซึ่งเป็นผลจากระบบการฝากพิเศษจังหวัดที่ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ นักวิจัย และผู้บริหารจะให้ความสำคัญสำหรับการลดการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับจังหวัดให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวน ๓๕๖ และ ๒๗๓ แห่ง ที่ให้ความร่วมมือในการสำรวจทั้งสองครั้ง ขอขอบคุณราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย ที่ให้การสนับสนุนนักวิจัยในการศึกษาแบบแผนการคลอดบุตรตั้งแต่การสำรวจครั้งแรก

ผู้วิจัยขอขอบคุณแหล่งทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนแก่โครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

๑. 2000 World Population Data Sheet. Population Reference Bureau. Washington DC 2000.
๒. กรมอนามัย. สถิติชีพ [Cited 2002 June 25]. Available from: URL; <http://www.anamai.moph.go.th/stat/index.htm>.
๓. วิโรจน์ ดั่งเจริญเสถียร, งามจิตต์ จันทราชาติ, ชลลดา สิทธิฑูรย์. ลักษณะการคลอดในโรงพยาบาลในประเทศไทย ปี ๒๕๓๓-๒๕๓๕. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๑.
๔. Wilkinson C, McIlwaine G, Boulton-Jones C, Cole S. Is a rising cesarean section rate inevitable? Br J Obstet Gynaecol 1998; 105:45-52.
๕. Cai WW, Marks JS, Chen CH, Zhuang YX, Morris L, Harris JR. Increased cesarean section rates and emerging patterns of health insurance in Shanghai, China. Am J Public Health 1998; 88:777-80.
๖. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to delivery by cesarean? Soc Sci Med 2000; 51:725-

- 40.
๗. Wagner M. Choosing caesarean section. Lancet 2000; 356:1677-80.
๘. Padmadas SS, Kumar S, Nair SB, Kumari A. Caesarean section delivery in Kerala, India: evidence from a National Family Health Survey. Soc Sci Med 2000; 51:511-21.
๙. Ferriman A. Caesarean section rate hits 20% in 1999-2000. BMJ 2001; 322:1508.
๑๐. Gonzalez-Perez GJ, Vega-Lopez MG, Cabrera-Piviral C, Munoz A, Valle A. Caesarean section in Mexico: are there too many? Health Policy and Planning 2001; 16:62-7.
๑๑. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2:436-7.
๑๒. Hall M, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. Lancet 1999; 354:776.
๑๓. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalisation. JAMA 2000; 283:2411-6.
๑๔. Mutryn CS. Psychosocial impact of cesarean section on the family: a literature review. Soc Sci Med 1993; 37:1271-81.
๑๕. Lagrew DC Jr, Morgan MA. Decreasing the cesarean section rate in a private hospital: success without mandated clinical changes. Am J Obstet Gynecol 1996; 174:184-91.
๑๖. Eckerlund I. Estimating the effect of cesarean section rate on health outcome. Evidence from Swedish hospital data. Intern J Technol Assessm Health Care 1999; 15:123-35.
๑๗. Smith J, Hernandez C, Wax J. Fetal laceration injury at caesarean delivery. Obstet Gynecol 1997; 90:344-6.
๑๘. Shearer EL. Cesarean section: medical benefit and costs. Soc Sci Med 1993; 37:1223-31.
๑๙. Hanvoravongchai P, Letiendumrong J, Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V. Implications of private practice in public hospitals on the cesarean section rate in Thailand. Human Resources for Development Journal 2000; 4:2-12.
๒๐. Kritchevsky SB, Braun BL, Gross PA, Newcomb CS, Kelleher CA, Simmons BP. Definition and adjustment of cesarean section rates and assessments of hospital performance. Int J Qual Health Care 1999; 11: 283-91.
๒๑. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; ๒๕๔๑, ๒๕๔๓.
๒๒. กรมบัญชีกลาง. สปรศ. พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง;

๒๕๔๔.
๒๓. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. ธุรกิจกับสุขภาพ: ผ่าตัดคลอด.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๒๕. Bornswift J. An early lesson in lack of choice. Postbag.
Bangkokpost. July 1999.

๒๖. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
[Cited 2002 June 25]. Available from: URL; http://www.nesdb.go.th/data_index/social/population.html.
Saropala N, Suthutvoravut S. The outcome of the first
VBAC program in Thailand. *Int J Gynaecol Obstet*
1998; 64:301-8.

Abstract Twelve Years of Pattern of Hospital Delivery in Thailand: 1990-2001: a national survey

Yot Teerawattananon, Viroj Tangcharoensathien, Sanya Srirattana, Pradsanee Tipyasothi
International Health Policy Program, Thailand, Ministry of Public Health
Journal of Health Science 2003; 12:1-18.

The objective of this study is to demonstrate the pattern of hospital delivery in Thailand during the period of 1990-2001. A multi-stage non-proportional probability to size and systematic random sampling was used to identify sample hospitals for survey. Two consecutive self-administered mailed questionnaire survey to all public and private hospitals were performed in year 1997 and 2002 to solicit a 12 year series of hospital delivery pattern. The overall response rate was 64 and 36 percent respectively. We found that MOPH district and provincial hospitals had a lion share, 74% of total national hospital deliveries in 2001 with an increasing trend especially after the economic crisis in 1997. On the other hand, the share in private hospitals reached the peak in 1996 and then declined rapidly after facing an economic crisis. This is a result from shifting demand for delivery services from private to public hospitals, notably district hospitals.

During the past decade, rates of vaginal birth, forceps and vacuum extraction slightly decreased whereas cesarean section rate increase gradually. In 1990, the national cesarean section rate was 14.8%, this rate had increased continuously reaching the peak of 22.09% in 1996. After economic recession, the rate fell and then remains stable around 20% till now. In 2001, cesarean section rate in district hospitals was 5.6%, provincial hospitals 29.6%, other public hospitals 24.9% and private hospitals 53.9%. Secondary cesarean section contributed one third of total operations.

Even though the study provides a useful information on the pattern of hospital deliveries, some limitations remained. We recommended that Ministry of Public Health and Royal College of Obstetric and Gynecologists are responsible to set up a systematic database for the monitoring at the national level, and at micro-level, hospital could use for peer review and monitoring with peer hospitals

Key words: Thailand, pattern of delivery, cesarean section, forceps extraction, vacuum extraction, public hospital, private hospital