

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลดี ผลเสีย การฝากครรภ์พิเศษ ในโรงพยาบาลของรัฐ

ยศ ตีระวัฒนานนท์*

ฐิติมา สุนทรสัจ**

สัญญา ศิริรัตนา*

ปรีศนี ทิพโสถิตย์*

วัชรารัฐ ไร่ไพบูลย์*

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

**ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุและผลที่เกิดขึ้นจากการทำเวชปฏิบัติของสูติแพทย์ฝากครรภ์พิเศษทั้งในมุมมองของผู้ใช้และแพทย์ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพและความเชื่อมั่นคือบริการของหญิงที่ไม่ฝากครรภ์พิเศษ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้มาคลอดจำนวน ๑,๐๓๖ ราย ทั้งฝากและไม่ฝากครรภ์พิเศษ ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๔ ถึง มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๕ และสูติแพทย์จำนวน ๑๐ รายจากโรงพยาบาลของรัฐ ๗ แห่งทั่วประเทศ ทำการสัมภาษณ์ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๔๕ ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุสำคัญของการฝากครรภ์พิเศษ คือต้องการความมั่นใจในความปลอดภัยและคุณภาพของบริการคลอดบุตร และความสะดวกสบาย และจากตัวอย่างที่สำรวจมีสัดส่วนของการฝากพิเศษหนึ่งในสาม (ร้อยละ ๓๓) ในกลุ่มนี้จะได้รับการตรวจครรภ์ด้วยเครื่องคลื่นเสียง (ultrasound) มากกว่า (๓.๗ ครั้ง) กลุ่มไม่ฝากครรภ์พิเศษ (๒.๕ ครั้ง) นอกจากนี้ อัตราการผ่าตัดคลอด (cesarean section rate) สูงกว่า (๕๗.๖%) กลุ่มไม่ฝากครรภ์พิเศษ (๑๕.๖%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้สูติแพทย์จะได้รับผลตอบแทนทางการเงินจากการฝากครรภ์พิเศษ แต่ต้องสนองต่อความคาดหวังและการเรียกร้องที่สูงกว่าทั่วไป จึงสร้างแรงกดดันต่อสูติแพทย์ไม่น้อย ในปัจจุบันยังขาดการควบคุมดูแลจากผู้เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันผลกระทบจากการทำเวชปฏิบัติในลักษณะนี้ สูติแพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยที่จะให้ผู้บริหารโรงพยาบาลราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและแพทย์สภาเข้ามามีบทบาทในการดูแลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีการดำเนินการอย่างเหมาะสมและไม่มีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ฝากและไม่ฝากพิเศษ

คำสำคัญ:

การฝากครรภ์, การคลอดบุตร, ฝากครรภ์พิเศษ, การผ่าตัดคลอด, โรงพยาบาลรัฐ

บทนำ

การฝากครรภ์พิเศษ หรือฝากพิเศษเป็นข้อตกลง โดยความสมัครใจระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสูติแพทย์

หรือแพทย์ผู้ทำคลอดในโรงพยาบาลรัฐเพื่อให้ดูแลตนเองเป็นพิเศษทั้งระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดโดยแพทย์จะได้รับค่าตอบแทนเป็นสินน้ำใจ



เด็กไทยเกิดปีละประมาณ ๘ แสนราย เมื่อเทียบกับแพทย์ที่มีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสูตินรีแพทย์มีเพียง ๑,๕๐๐ คนทั่วประเทศ การคลอดบุตรปกติของหญิงไทยในสถานพยาบาลภาครัฐ ส่วนใหญ่จึงอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลในขอบข่ายทั่วประเทศ โดยทั่วไปโรงพยาบาลรัฐบาลมอบให้พยาบาลหรือพยาบาลผดุงครรภ์ซึ่งผ่านการฝึกอบรมมาแล้วให้บริการฝากครรภ์และคลอดบุตรสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทั้งนี้มีข้อแนะนำให้พบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงต้นของการฝากครรภ์ นอกจากนี้ ในช่วงการคลอดบุตรก็มีระบบที่แพทย์ให้คำปรึกษาและทำคลอดในกรณีที่มีปัญหาและไม่สามารถทำคลอดโดยผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลได้

หญิงไทยซึ่งตั้งครรภ์และคลอดบุตรปีละกว่า ๘ แสนคน กว่าร้อยละ ๙๕ คลอดในโรงพยาบาล^(๑) การสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรโดย ยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ^(๒) พบว่า การคลอดบุตรส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลชุมชนคิดเป็นร้อยละ ๔๐ ของการคลอดทั้งหมด ซึ่งครอบคลุมเกือบทุกอำเภอทั่วประเทศ รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปในระดับจังหวัดคิดเป็นร้อยละ ๓๒ มีการคลอดบุตรในโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ ๗ และโรงพยาบาลรัฐบาลอื่นร้อยละ ๒๑ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสถานบริการของรัฐบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการหลัก

ปิยะ หาญรวงศ์ชัย และคณะ^(๓) สำรวจการคลอดบุตรในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๒๙ แห่ง ในปี ๒๕๕๐ พบว่าร้อยละ ๕๐ ของการคลอดให้บริการโดยแพทย์ ร้อยละ ๔๖ โดยพยาบาล และอีกร้อยละ ๔ โดยบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวยังพบว่าฝากพิเศษเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ เพราะผู้ที่ฝากพิเศษซึ่งมีสัดส่วนมากถึงร้อยละ ๓๗ มีโอกาสถูกผ่าตัดคลอดมากกว่าผู้ที่ไม่ฝาก

พิเศษถึง ๓.๔ เท่า

มีข้อถกเถียงกันว่าการฝากพิเศษอาจส่งผลเสียต่อระบบการให้บริการฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลของรัฐ เช่น อาจทำให้ผู้คลอดที่ไม่ได้ฝากพิเศษเกิดความไม่มั่นใจในคุณภาพของการดูแลที่จะได้รับ และเกิดความไม่เท่าเทียมกันในการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลรัฐ ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงต้องการทำการศึกษาถึงผลกระทบของระบบการฝากพิเศษต่อบริการสูติกรรมในสถานพยาบาลของรัฐ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์คือ

๑. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบสาเหตุของการฝากพิเศษและไม่ฝากพิเศษของหญิงตั้งครรภ์ และความเห็นของสูติแพทย์

๒. เพื่อเปรียบเทียบขั้นตอนการดูแลและการตอบสนองต่อความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ที่ฝากและไม่ฝากพิเศษ

๓. เพื่อทราบผลสืบเนื่องของเวชปฏิบัติในการฝากครรภ์พิเศษต่อคุณภาพของการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอด ความเชื่อมั่นต่อระบบการให้บริการของผู้ที่ไม่ได้ฝากพิเศษ และผลสืบเนื่องที่เกิดกับระบบและบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาล

ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ได้จะนำมาซึ่งการพัฒนาระบบการดูแลครรภ์และคลอดบุตรที่เหมาะสมสำหรับหญิงไทยต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

เนื่องจากวิธีการวิจัยที่ใช้กันอยู่โดยทั่วไปทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ต่างมีจุดเด่นและจุดด้อยในแต่ละด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยในประเด็นที่ยังมีความรู้ในด้านนั้นไม่มาก หรือเป็นเรื่องที่ซับซ้อน มีความละเอียดอ่อนต่อผู้เกี่ยวข้อง การวิจัยเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียวอาจทำให้ไม่ได้คำตอบที่แท้จริง^(๔) การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ผู้วิจัยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็นสอง

ส่วนหลัก ได้แก่

ส่วนที่หนึ่ง เป็นการเก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามโดยนักวิจัยและการเก็บข้อมูลจากสมุดฝากครรภ์และเวชระเบียนในโรงพยาบาล เพื่อต้องการข้อมูลทั้งข้อมูลที่เป็นข้อคิดเห็น ทศนคติ เช่น ความเห็นต่อความปลอดภัยของการคลอดบุตรหรือเหตุผลสำคัญของการฝากหรือไม่ฝากพิเศษ และส่วนข้อมูลข้อเท็จจริง เช่น จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ การตรวจวินิจฉัย ข้อมูลการคลอด ค่าใช้จ่ายต่างๆ

ส่วนที่สอง เป็นการเก็บข้อมูลจากสูติแพทย์ ด้วยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวในสถานที่รโหฐาน มีการบันทึกข้อมูลในเครื่องบันทึกเทปและทำการถอดบทสัมภาษณ์ภายหลัง ทั้งนี้การสัมภาษณ์แบบพูดคุยทั่วไปมิได้มีข้อคำถามเตรียมไว้ในเบื้องต้น แต่มีวัตถุประสงค์โดยรวมเพื่อทราบความคิดเห็นในมุมมองของสูติแพทย์ต่อการฝากครรภ์แบบพิเศษ รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่เกิดขึ้นกับสูติแพทย์และคนไข้ทั้งที่ฝากพิเศษและไม่ฝากพิเศษ ผู้วิจัยมีความประสงค์สัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาอื่น ต่อการฝากพิเศษ แต่ผู้บริหารของโรงพยาบาลเหล่านั้น ไม่สะดวกใจและไม่อนุญาตให้สัมภาษณ์ เนื่องจากเกรงว่าจะเกิดผลกระทบในกลุ่มวิชาชีพเวชกรรมได้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้สัมภาษณ์ตามที่ตั้งใจ

การคัดเลือกตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนต่อความรู้สึกของสูติแพทย์และประชาชน การขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลในการทำวิจัยจึงมิใช่เรื่องง่าย โรงพยาบาลตัวอย่างทั้งหมดผู้บริหารและหัวหน้าภาควิชา/แผนก/กลุ่มงานสูติฯ ต้องอนุญาตให้ทำการวิจัยได้ การเลือกตัวอย่างจึงทำแบบเจาะจงซึ่งได้โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน ๒ แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลแม่และเด็ก ๑ แห่ง และโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ ๓ แห่ง รวมทั้งสิ้นจำนวน ๗ แห่ง กระจายตามภูมิภาคดังนี้ ภาคเหนือจำนวน ๓ แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จำนวน ๑ แห่ง ภาคใต้จำนวน ๒ แห่ง และภาคกลางจำนวน ๑ แห่ง มีโรงพยาบาล ๑ แห่งปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษา การวิเคราะห์ผลการวิจัยจะไม่ได้แยกวิเคราะห์ตามลักษณะโรงพยาบาลหรือตามภูมิภาค เพราะขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มไม่เพียงพอ

ตัวอย่างกลุ่มแรก เลือกหญิงที่มาคลอดบุตร (หญิงที่แท้งบุตรถูกตัดออกจากงานวิจัย) ในโรงพยาบาลรัฐบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๔ ถึงมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์หญิงคลอดบุตรทุกรายที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านจนครบขนาดตัวอย่าง ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวที่โรงพยาบาลจัดให้ โดยไม่ได้ให้คำตอบแทนในการให้สัมภาษณ์ ตัวอย่างทุกรายรับทราบรายละเอียดเรื่องการวิจัยตามแบบขออนุญาตเก็บข้อมูลและเต็มใจให้ข้อมูล ตัวอย่างที่เก็บได้ในการศึกษาคั้งนี้มีทั้งสิ้นจำนวน ๑,๐๓๖ ราย ทั้งฝากและไม่ฝากพิเศษ

ตัวอย่างกลุ่มที่สองทำการสัมภาษณ์แบบเจาะจงสูติแพทย์จำนวน ๑๐ ราย ทำการสัมภาษณ์ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๔๕ โดยสูติแพทย์ ๕ ราย ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๕ ราย ปฏิบัติงานในโรงเรียนแพทย์ ทั้งหมดมีประสบการณ์ทำเวชปฏิบัติมากกว่า ๕ ปี และเคยมีประสบการณ์รับฝากพิเศษ ในจำนวนนี้มี ๓ รายที่ปัจจุบันเลิกทำเวชปฏิบัติดังกล่าว ๗ รายยังรับฝากพิเศษ ในจำนวนนี้มี ๒ รายที่ระบุชัดเจนว่าตนเองมีคนไข้ฝากพิเศษมาคลอดเป็นจำนวนมากกว่า ๑๐๐ รายต่อเดือน

ผลการศึกษา

๑. เหตุผลการฝากพิเศษในทัศนะของแพทย์และหญิงคลอดบุตร

สูติแพทย์ทั้งหมดเห็นตรงกันว่าการรับฝากครรภ์พิเศษในโรงพยาบาลรัฐบาลที่ทำอยู่ในปัจจุบันเป็นสิ่งปรกติเพราะมีการปฏิบัติกันมาเป็นเวลานานและเชื่อว่างค์กรวิชาชีพหรือหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการให้บริการสุขภาพก็ทราบดี แม้จะไม่มี

กล่าวถึงอย่างเป็นทางการรวมทั้งไม่มีการออกกฎหรือระเบียบเพื่อควบคุม ทั้งนี้ในความรู้สึกส่วนตัวของแพทย์ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดถือว่าเป็นสิทธิของสูติแพทย์ที่จะทำเวชปฏิบัติดังกล่าวได้ สำหรับเหตุผลที่สูติแพทย์รับฝากพิเศษที่สำคัญมีสองประการ คือ

๑. สูติแพทย์เชื่อว่าการฝากพิเศษมีประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของความปลอดภัย จึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ที่สามารถจ่ายได้และต้องการความมั่นใจเรื่องความปลอดภัยมากขึ้น

อย่างไรก็ตามนอกเหนือจากความปลอดภัย สูติแพทย์ส่วนหนึ่งก็ยอมรับเช่นกันว่าคุณภาพของบริการด้านอื่นๆ ที่จัดให้ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากพิเศษและไม่ได้ฝากพิเศษมีความแตกต่างกัน เช่น เรื่องของความใกล้ชิด ความผูกพัน ความเป็นกันเอง การตอบสนองความต้องการ หรือความรู้สึกรับผิดชอบที่มีมากกว่า

“คนไข้จะมั่นใจว่า จะได้รับการดูแลเป็นพิเศษก็เหมือนดาบ ๒ คมเหมือนกันว่าต้องดูแลพิเศษแต่ถ้าไม่เป็นไปตามนั้น จะเป็นผลเสียกับตัวแพทย์มากกว่า เพราะเขาตั้งความหวังว่าถ้าฝากพิเศษแล้วต้องได้ทุกอย่าง ทั้งความปลอดภัย ความสะดวกสบาย บางคนเรียกร้องมาก แต่บางคนก็ไม่เรียกร้องอะไรเลย แต่ถ้าลูกเขาออกมาไม่ดีหรือมีปัญหา คนไข้จะโวยว่าฝากพิเศษแล้วทำไมถึงเป็นแบบนี้”

“เหนือย บางคนก็เรียกร้องเยอะมาก ก็ขึ้นอยู่กับแพทย์ บางคนก็บริการให้เขาได้มากทุกอย่าง แต่บางคนก็ไม่มาก สำหรับตัวเราไม่มากขนาดนั้นให้ตามความเหมาะสมตามหลักของเรา”

“เหมือนเป็นความรับผิดชอบของเรา ถ้าเขาฝากพิเศษ เราต้องทำให้ดีที่สุดและเขาคงต้องการพิเศษที่มาฝากกับเรา มันเหมือนความรับผิดชอบแต่จะบอกที่ไม่ว่างพิเศษไม่รับผิดชอบก็ไม่ใช่ มันจะเป็นอีกความรู้สึกหนึ่ง”

“คงต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ตามความเข้าใจของตัวเอง แต่บางคนตั้งใจอยู่แล้วจะฝากคลอด

คนไข้บางคนไม่มั่นใจว่าเขาจะได้รับการดูแลเป็นพิเศษในโรงพยาบาลรัฐบาล เลยตัดสินใจฝาก”

๒. รายได้ของสูติแพทย์จากการฝากพิเศษมีสัดส่วนเป็นจำนวนไม่น้อยเมื่อเทียบกับรายได้ประจำที่ได้รับจากระบบราชการ ผลตอบแทนที่ได้รับจากการฝากพิเศษนี้ถือเป็นแรงจูงใจที่สำคัญอันหนึ่งที่ทำให้สูติแพทย์รับฝากพิเศษ และเรื่องรายได้ที่มีจำนวนไม่น้อยนี้แพทย์ในสาขาวิชาอื่นและแพทย์ที่จบใหม่ๆ ต่างก็รับทราบเช่นกัน สูติแพทย์บางท่านถึงกับเชื่อว่ามีผลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับการศึกษาเพื่อจบไปเป็นสูติแพทย์ต่อไป

สูติแพทย์ที่รับฝากพิเศษ “การฝากพิเศษก็มีทั้งข้อดีกับคนไข้และแพทย์ รายได้โดยรวมต่อเดือนก็มาจากกรรับฝากพิเศษประมาณครึ่งหนึ่ง”

สูติแพทย์อีกท่านที่รับฝากพิเศษจำนวนประมาณ ๑๐๐ รายต่อเดือน “ค่าตอบแทนที่ได้รับมากกว่าเงินเดือนหลายเท่า ไม่ควรบอกว่าเท่าไร แต่มีผลต่อวางแผนชีวิต”

สูติแพทย์ที่ปัจจุบันเลิกรับฝากพิเศษ “เงินเป็นเรื่องสำคัญเพราะเวลาที่เขาพูดกันจะพูดแต่เรื่องรายรับต่างๆ หลายคนที่มาเรียนด้านสูติเพราะหวังจะมาทำคลอดเพราะรู้ว่าเงินดี”

หญิงตั้งครรภ์เชื่อว่าการฝากพิเศษเป็นบริการที่ทำให้ตนเองมีความปลอดภัยมากขึ้นเช่นกัน จากการ

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบความเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้จากการฝากพิเศษ

	กลุ่มฝากพิเศษ (ร้อยละ)	กลุ่มไม่ฝากพิเศษ (ร้อยละ)
ทำให้ปลอดภัยกว่า	๘๕	๔๓
ไม่น่าจะแตกต่างกัน	๓	๗
อันตรายมากกว่า	๐	๒
ไม่คุ้มกับค่าใช้จ่าย	๐	๕
ไม่ขอให้ความเห็น	๘	๔๒

สอบถามเห็นอย่างชัดเจนว่าผู้ที่ฝากพิเศษเชื่อว่าตนเอง จะได้รับบริการที่มีความปลอดภัยมากขึ้น เมื่อเทียบกับการเป็นคนไข้ในระบบบริการปกติ (ตารางที่ ๑) มีเพียงร้อยละ ๓ เท่านั้นที่คิดว่าการเป็นคนไข้ฝากพิเศษ ไม่ได้ทำให้มีความปลอดภัยมากขึ้น

ขณะเดียวกันความเห็นของกลุ่มที่ไม่ได้ฝากพิเศษ พบว่าร้อยละ ๑๔ เท่านั้นที่เห็นว่าการเป็นคนไข้ฝากพิเศษไม่มีประโยชน์ ไม่คุ้มค่า หรืออาจส่งผลเสีย ขณะที่ร้อยละ ๔๓ เชื่อเช่นกันว่าการฝากพิเศษทำให้มีความปลอดภัยกว่า อย่างไรก็ตามมีจำนวนถึงร้อยละ ๔๒ ของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ปฏิเสธที่จะให้ข้อคิดเห็น

จากการสอบถามหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากพิเศษถึง เหตุผลสำคัญที่ทำให้ตัดสินใจฝากพิเศษ พบว่าส่วนใหญ่ ต้องการความมั่นใจว่าการคลอดของตนเองจะปลอดภัย เหตุผลสำคัญรองลงมาคือความสะดวกสบายที่ได้รับโดยเฉพาะในเรื่องของการที่สามารถไปรับบริการที่ คลินิกนอกเวลาราชการ รวมถึงความรวดเร็วในการรับ บริการ มีร้อยละ ๑ ต้องการฝากพิเศษเพราะต้องการ

ผ่าตัดคลอด (ตารางที่ ๒)

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากพิเศษ (ตารางที่ ๓) พบว่าร้อยละ ๔๐ เห็นว่าไม่มีความจำเป็นหรือบริการที่ได้รับไม่แตกต่างกันระหว่างฝากกับไม่ฝาก รองลงมา ร้อยละ ๓๕ ไม่สะดวกในเรื่องของค่าใช้จ่ายสำหรับการ ฝากพิเศษ และร้อยละ ๒๓ ไม่รู้จักการฝากพิเศษมาก่อน อย่างไรก็ตามพบว่ามีร้อยละ ๒ ของผู้ที่ไม่ฝากพิเศษเคย ฝากพิเศษมาก่อนและไม่ประทับใจบริการที่เคยได้รับจึง ตัดสินใจไม่ฝากพิเศษในท้องนี้

จากข้อมูลในส่วนนี้อาจสรุปได้ว่าการฝากพิเศษ สำหรับสูติแพทย์และหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากพิเศษต่างเป็น ผู้ได้รับประโยชน์ด้วยกันทั้งสองฝ่าย โดยมีเหตุผลสำคัญ ที่ทั้งสองฝ่ายเข้าใจตรงกันคือการให้บริการที่ปลอดภัย และสะดวกสบาย ขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากพิเศษ เพราะเห็นว่าไม่จำเป็นและไม่สะดวกเรื่องการเงินมี จำนวนใกล้เคียงกัน

๒. สถานการณ์การฝากพิเศษ

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากหญิงคลอดบุตรจำนวน

ตารางที่ ๒ เหตุผลสำคัญของการฝากพิเศษ

เหตุผลของการฝากพิเศษ	ร้อยละ
เพราะรู้สึกว่าการฝากพิเศษจะทำให้คลอดอย่างปลอดภัยกว่า/คิดว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้มีความเสี่ยงสูง จำเป็นต้องดูแลโดยแพทย์	๖๓
สะดวกสบาย โดยเฉพาะบริการฝากครรภ์ที่คลินิก	๓๕
ต้องการผ่าตัดคลอด	๑
ประสบการณ์ครั้งที่แล้วไม่ประทับใจการคลอดในระบบปกติ	๑

ตารางที่ ๓ เหตุผลสำคัญที่ไม่ฝากพิเศษ

เหตุผลของการไม่ฝากพิเศษ	ร้อยละ
ไม่สะดวกเรื่องการเงิน	๓๕
รู้สึกที่ไม่จำเป็น/รู้สึกว่าการบริการที่ได้รับไม่แตกต่างกันระหว่างฝากกับไม่ฝาก	๔๐
ไม่ประทับใจบริการฝากพิเศษครั้งที่แล้ว	๒
ไม่รู้จักหรือเพิ่งรู้ว่ามีการฝากพิเศษ	๒๓

๑,๐๓๖ ราย พบว่ามีสัดส่วนของผู้ฝากพิเศษคิดเป็นร้อยละ ๓๓ ของหญิงคลอดบุตรทั้งหมด เมื่อทำการเปรียบเทียบลักษณะด้านต่างๆ ของผู้ที่ฝากพิเศษและผู้ที่ไม่ฝากพิเศษ พบว่า อายุ รายได้ และหลักประกันสุขภาพของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ ๔

จากตารางที่ ๔ พบว่ากลุ่มที่ฝากพิเศษมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ฝากพิเศษ ๒.๗ ปี รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนก็สูงกว่า ๒ เท่าตัว สำหรับสวัสดิการรักษายาพยาบาลประเภทข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีสัดส่วนการฝากพิเศษสูงที่สุดคือฝากพิเศษร้อยละ ๖๔ ไม่ฝากเพียงร้อยละ ๓๒ รองลงมาได้แก่ประกันสังคมฝากพิเศษร้อยละ ๓๒ กลุ่มจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองและผู้มีบัตรทองและบัตรสุขภาพ ฝากพิเศษคิดเป็นร้อยละ ๒๕ และ ๒๔ ตามลำดับ

ในส่วนของผู้ให้บริการ เนื่องจากจำนวนของสูติแพทย์ถูกจำกัดด้วยความสามารถของการฝึกอบรมในแต่ละปี ซึ่งมีจำนวนประมาณ ๔๐-๔๕ คนต่อปี ทำให้ปัจจุบันมีสูติแพทย์ประมาณ ๑,๔๐๐ คนทั่วประเทศ ประกอบกับความต้องการฝากพิเศษที่มีจำนวนมากถึง ๑

ใน ๓ ของจำนวนผู้มาคลอดในโรงพยาบาลที่สำรวจ ทำให้สูติแพทย์บางท่านรับดูแลคนไข้ฝากพิเศษจำนวนมากกว่าร้อยคนต่อเดือน อย่างไรก็ตามขณะที่สูติแพทย์บางท่านก็อาจจำกัดการรับคนไข้ฝากพิเศษของตนเองให้มีจำนวนที่จะสามารถบริหารเวลาได้ หรือบางแห่งก็พบว่ามีสัดส่วนของผู้ฝากพิเศษไม่มาก ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าจำนวนคนไข้ฝากพิเศษของสูติแพทย์แต่ละรายมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ด้วยองค์ประกอบหลายประการ

“สูงสุดของสูติแพทย์ที่นี่ รับฝากพิเศษเดือนละประมาณ ๑๕๐ ราย บางครั้งผ่าตัดคลอดวันละ ๖-๗ ราย”

“ที่นี่คนไข้ฝากพิเศษไม่มากประมาณ ๔-๕ รายหรือบางคนอาจถึง ๑๐ รายต่อเดือน”

“ที่นี่มีแพทย์ไม่รับฝากพิเศษสองคน รายหนึ่งเพิ่งจบมาอีกท่านทางบ้านฐานะดีและไปทำงานด้านวิชาการ”

“คนไข้พิเศษของตัวเองมีประมาณ ๔-๕ คนต่อเดือน แต่มีบางคนที่มีระดับตัวเลข ๑๐๐ รายต่อเดือนขึ้นไป ที่เหลือก็จะไม่มากเท่านี้ มีหลายคนก็ไม่รับ”

“บางรายเราก็ปฏิเสธที่จะรับฝากพิเศษเพราะว่าเขามีความเสี่ยงสูงมาก โอกาสที่จะมีปัญหาเยอะ เราก็คจะไม่รับ”

ตารางที่ ๔ ลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มฝากและไม่ฝากพิเศษ

	ฝากพิเศษ (ร้อยละ)	ไม่ฝากพิเศษ (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
จำนวนตัวอย่าง	๓๔๓ (๓๓)	๖๙๓ (๖๗)	๑,๐๓๖ (๑๐๐)
อายุเฉลี่ย (ปี)	๒๕.๓	๒๖.๖	
รายได้ของครอบครัว (บาทต่อเดือน*)	๑๖,๐๐๐	๗,๕๐๐	
สวัสดิการด้านรักษายาพยาบาล			
- จ่ายเงินเอง	๘๑ (๒๕)	๒๔๐ (๓๕)	๓๒๑ (๑๐๐)
- สวัสดิการข้าราชการฯ	๑๐๗ (๖๘)	๕๐ (๗)	๑๕๗ (๑๐๐)
- ประกันสังคม	๘๒ (๒๓)	๑๗๕ (๒๕)	๒๕๗ (๑๐๐)
- ประกันสุขภาพเอกชน	๒	๑	๓
- บัตรทอง (๓๐ บาท) และบัตรสุขภาพ	๗๑ (๒๔)	๒๒๗ (๓๒)	๒๙๘ (๑๐๐)

*ใช้ median เพราะมีข้อมูลที่เป็น outlier จำนวนหนึ่ง

๓. เปรียบเทียบลักษณะบริการสำหรับผู้ฝากพิเศษและไม่ฝากพิเศษ

จากการสอบถามสูติแพทย์พบว่า การฝากพิเศษมีจุดเด่นที่แพทย์ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำให้ติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ดี จึงสามารถให้บริการได้อย่างเหมาะสม สำหรับตัวสูติแพทย์เองนอกเหนือจากค่าตอบแทนที่ได้รับยังได้ความศรัทธา ความมั่นใจในการทำเวชปฏิบัติด้วย

“คนไข้ได้ประโยชน์เพราะดูแลโดยแพทย์คนเดียว จะเข้าใจผู้ป่วยดีกว่า ถ้าดูตามระบบจะแล้วแต่เวรแพทย์จะเปลี่ยนกันมาดูแล ถ้าเป็นแพทย์คนเดียวมาดูแลจะรู้ตลอดไม่ต้องมาเริ่มใหม่”

“คนไข้บอกว่าดีเพราะได้พบหมอคนเดิม ฝากครรภ์กับหมอคคนเดิมตลอด รู้สึกผูกพันมากกว่ากับการที่จะต้องเปลี่ยนหมอใหม่ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์และวันมาคลอดไม่รู้ว่าจะพบหมอคคนไหนที่จะมาทำคลอดให้ แต่การฝากพิเศษคือได้พบหมอคคนเดิม คู่กันเคย มีปัญหาอะไรถามได้ และมั่นใจในตัวหมอเวลาที่มาคลอด”

“สำหรับแพทย์หากรับฝากพิเศษจะได้รับความศรัทธา มีชื่อเสียง มีความมั่นใจมากขึ้น เรื่องที่จะทำอะไรกับคนไข้ไม่ได้คิดมากแล้วแต่คนไข้จะให้”

“ตอนที่อาจารย์ไปทำคลอดนักเรียนแพทย์ก็ได้รับเรียน”

เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลที่เก็บได้จากการสอบถามและวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ฝากพิเศษและกลุ่มที่ไม่ได้ฝากพิเศษในตารางที่ ๕ พบว่าจำนวนครั้งของการดูแลครรภ์ก่อนคลอดของกลุ่มฝากพิเศษมากกว่าอย่างชัดเจน แต่ก็พบว่าหากเปรียบเทียบกับอายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ก็จะพบว่าความห่างของการนัดตรวจครรภ์ไม่อาจจะแตกต่างกัน แต่ที่แตกต่างอย่างชัดเจนได้แก่ สัดส่วนของการได้พบสูติแพทย์ในการมาตรวจครรภ์ พบว่า ในกลุ่มฝากพิเศษเกือบร้อยละ ๑๐๐ ได้พบแพทย์หรือสูติแพทย์ กลุ่มไม่ฝากพิเศษได้พบแพทย์ร้อยละ ๔๑ ของการมาฝากครรภ์

สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกเหนือ

จากการคัดกรอง HIV, VDRL เบาหวาน ซึ่งทั้งสองกลุ่มได้รับการตรวจอย่างเหมาะสมไม่มีความแตกต่างกัน พบว่าการตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรือ ultrasound ในกลุ่มที่ฝากพิเศษ สูติแพทย์ได้ตัดสินใจส่งตรวจ ultrasound ให้มากกว่าคือเฉลี่ยร้อยละ ๒.๔ ครั้ง ขณะที่กลุ่มไม่ฝากพิเศษสูติแพทย์ส่งตรวจร้อยละ ๑.๖ ครั้ง แต่สำหรับการตรวจ ultrasound ในกรณีที่คนไข้ร้องขอทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการแปลผลในส่วนนี้ต้องพึงระวังเพราะอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มที่ฝากพิเศษอาจเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่า จึงควรได้รับการตรวจด้วย ultrasound มากกว่าก็ได้

เรื่องการทราบเพศของทารกซึ่งอาจมองได้ว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยไม่มีผลต่อคุณภาพการดูแลการฝากครรภ์และการคลอดบุตร แต่ในที่นี้ได้ถูกยกเป็นตัวชี้วัดในเรื่องของการตอบสนองของแพทย์ต่อความต้องการต่อผู้ป่วย (patient responsiveness) ซึ่งพบว่ากลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากพิเศษมีความคาดหวังสูงกว่าคือ มีสัดส่วนของความต้องการทราบเพศทารกก่อนคลอดมากกว่าคิดเป็นร้อยละ ๖๐ ขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากพิเศษต้องการทราบเพศทารกก่อนคลอดเพียงร้อยละ ๔๐ เท่านั้น และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากพิเศษได้รับการตอบสนองที่ดี คือ มีสัดส่วนของผู้ที่ได้ทราบเพศทารกร้อยละ ๖๔ เทียบกับกลุ่มไม่ฝากพิเศษที่ทราบเพศทารกก่อนคลอดร้อยละ ๒๗ (ตารางที่ ๕)

๔. ข้อเสียของการฝากพิเศษ

ต่อแพทย์และผู้ฝากพิเศษ

ข้อเสียของการฝากพิเศษที่ชัดเจนคงเป็นที่ตัวสูติแพทย์ที่ต้องพยายามให้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้มาฝากครรภ์พิเศษ บางรายต้องรับมือกับการเรียกร้องที่มาก ซึ่งความกดดันนี้มีผลต่อการตัดสินใจของสูติแพทย์ ที่เห็นได้ชัดเจนคือ การผ่าตัดคลอดในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มที่ฝากพิเศษมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ ๕๗.๖ ขณะที่กลุ่มไม่ฝากพิเศษมีอัตราการผ่าตัดคลอดที่ร้อยละ ๑๙.๖

สัดส่วนการผ่าตัดคลอดที่แตกต่างกันมากเช่นนี้ไม่

ตารางที่ ๕ เปรียบเทียบแบบแผนเวชปฏิบัติของสูติแพทย์สำหรับกลุ่มฝากและไม่ฝากพิเศษ

	หน่วย	ฝากพิเศษ	ไม่ฝากพิเศษ
อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์	สัปดาห์	๑๐.๖	๑๗.๔
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ก่อนคลอด	ครั้ง/ราย	๕.๕	๘.๖
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ที่ได้พบแพทย์	ครั้ง/ราย	๕.๕	๗.๐
จำนวนครั้งของการตรวจ ultrasound ที่หญิงคลอดบุตร ขอให้แพทย์ตรวจให้	ครั้ง/ราย	๑.๓	๑.๓
จำนวนครั้งของการตรวจ ultrasound ที่แพทย์ตรวจให้โดยที่หญิง คลอดบุตรไม่ได้ร้องขอ	ครั้ง/ราย	๒.๔	๑.๖
ต้องการทราบเพศทารก	ร้อยละ	๖๐	๔๐
ได้ทราบเพศทารกก่อนคลอด	ร้อยละ	๖๘	๒๗

สามารถอธิบายได้จากความแตกต่างเนื่องจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น และเมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะผู้ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดครั้งแรก (primary cesarean section) เท่านั้น พบว่ากลุ่มฝากพิเศษมีอัตราการผ่าตัดคลอดที่ร้อยละ ๔๔.๒ ขณะที่กลุ่มไม่ฝากพิเศษมีอัตราการผ่าตัดคลอดที่ร้อยละ ๑๕.๒ อัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ ๑๕.๒ นี้ใกล้เคียงกับอัตราการผ่าตัดคลอดที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่าในประเทศกำลังพัฒนาหรือประเทศพัฒนา เชื่อชาติใดก็ตาม อัตราการผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่เหมาะสมควรอยู่ที่ร้อยละ ๑๕

นอกจากนี้ระบบการฝากพิเศษ ยังเป็นการฝากกับแพทย์รายเดียว ทำให้เกิดปัญหาในกรณีที่มีหญิงฝากพิเศษมาคลอดแล้วตามสูติแพทย์ผู้รับฝากไม่ได้ ทำให้แพทย์อื่นไม่กล้าให้บริการ ด้วยเกรงจะก้าวก่ายกัน นอกจากนี้ การดูแลหญิงคลอดบุตรเพียงคนเดียวทำให้ขาดความเห็นที่สอง (second opinion) ไม่มีแพทย์อื่นช่วยดู อาจทำให้การตัดสินใจบางอย่างผิดพลาดได้

“ข้อเสียสำหรับคนไข้เหมือนกันโดยเฉพาะถ้าแพทย์ที่รับฝากยังไม่มาหรือไม่อยู่ แพทย์ท่านอื่นอาจไม่กล้าทำคลอดให้ ซึ่งแก้ไขได้ด้วยการก็ต้องฝากแพทย์คนอื่นดู เช่น ในกรณีไปต่างประเทศ”

“การผ่าตัดจะค่อนข้างสูง เพราะคนไข้มีความคาดหวังสูง กดดันสูติแพทย์ บางรายคาดว่าจะมีปัญหา เช่น การตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูง ท้องใหญ่มากคาดว่าทารกน้ำหนักมาก ก็อาจต้องรีบตัดสินใจผ่าทั้งที่อาจคลอดเองได้”

การฝากพิเศษทำให้สูติแพทย์ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง จะต้องให้บริการผู้ป่วยตลอดเวลา “สำหรับสูติแพทย์ต้องเหนื่อยมากกว่าปรกติและงานประจำก็เยอะ ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง”

นอกจากนี้ ความคาดหวังและความต้องการของผู้ฝากพิเศษ เป็นแรงกดดันที่สำคัญพอสมควร “บางรายคนไข้เรียกร้องแปลกๆ เช่น ตอนผ่าตัดคลอดขอให้เอาไขมันหน้าท้องออกให้ด้วย หรือขอผ่าตัดติหนึ่งติสอง เพราะดูดวงมาว่าฤกษ์ดี ซึ่งต้องอธิบายว่าทำให้ไม่ได้”

ต่อผู้ที่ไม่ได้ฝากพิเศษ

เป็นข้อโต้แย้งมานานพอสมควรในกลุ่มสูติแพทย์ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการฝากพิเศษว่า การฝากพิเศษจะส่งผลเสียต่อผู้ที่ไม่ฝากพิเศษหรือไม่ อย่างไรก็ตามในการสัมภาษณ์สูติแพทย์ก็มีเหตุผลสนับสนุนที่รับฟังได้ทั้งสองด้าน

“คิดว่าไม่ เพราะเป็นคนไข้เหมือนกันทั้งสามัญและพิเศษ ในความคิดของเราตรงจุดนี้ไม่มีการเลือก

ปฏิบัติ (discriminate) เท่าไร”

“คิดว่าไม่ เพราะมีมาตรฐานการดูแลที่เหมือนกัน ส่วนใหญ่การฝากครรภ์ไม่ค่อยมีอะไรที่ต่างกันหรือมีผลเสียเยอะ”

“มีเหมือนกันคนไข้สามัญร้องเรียนว่าดูแลไม่เท่ากันระหว่างคนไข้ที่ฝากกับไม่ฝากพิเศษ”

“นับวันจะมีแนวโน้มฝากพิเศษมากขึ้น เพราะเป็นการสร้างวัฒนธรรม ถ้าไม่ฝากพิเศษจะได้รับการดูแลจากนักเรียนแพทย์ แต่ถ้าฝากแล้วอาจารย์จะเป็นคนดูแลเอง การตัดสินใจจะรวดเร็วกว่า และจะบอกตลอดเวลาว่าการฝากพิเศษไม่ใช่การปฏิบัติ ๒ มาตรฐาน (double standard) แต่สำหรับตัวเองแล้วเห็นว่าเป็น double standard เพราะว่าถ้ามาตามปกติตามอาจารย์มาได้เลยหรือไม่ อาจารย์จะไม่ลงมา จะให้แพทย์เวร แพทย์ใช้ทุนลงมา แต่ถ้าฝากพิเศษ ถ้ารู้ล่วงหน้าว่าจะมาเพราะได้โทรมาบอกก่อนแล้ว”

๕. ผลกระทบกับระบบหรือส่วนอื่นของโรงพยาบาล

มีหลักฐานปรากฏในโรงพยาบาลเกือบทุกแห่งซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องของความขัดแย้งระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาลในเรื่องของการใช้ทรัพยากร ตั้งแต่ระดับผู้บริหารซึ่งบางแห่งมีผู้ฝากพิเศษใช้สิทธิรักษาพยาบาลฟรี เช่น บัตร ๓๐ บาทหรือบัตรสุขภาพ เป็นจำนวนมาก ซึ่งกลุ่มนี้เมื่อมีอัตราการผ่าตัดสูงทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสูงขึ้นด้วย เพราะผู้ใช้บริการไม่ต้องจ่ายค่าบริการให้โรงพยาบาล แต่สามารถจ่ายค่าฝากพิเศษกับสูติแพทย์ได้ แต่เห็นได้ว่าบางแห่งที่มีผู้ฝากพิเศษใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจซึ่งเบิกค่าผ่าตัดได้หมด หรือผู้มีสิทธิประกันสังคมและผู้ที่ไม่ได้ใช้สิทธิซึ่งทั้งสองกลุ่มต้องจ่ายค่าผ่าตัดเองทั้งหมดก็จะไม่พบข้อขัดแย้งกับผู้บริหาร

สำหรับห้องผ่าตัดก็เป็นปัญหาสำคัญในทุกโรงพยาบาลที่ศึกษาเพราะมักมีจำนวนจำกัดและต้องใช้ร่วมกับแพทย์สาขาอื่นๆ และต้องการเจ้าหน้าที่

จำนวนมากในการทำผ่าตัด ทำให้เกิดข้อขัดแย้งอยู่บ่อยๆ

สูติแพทย์ที่ทำหน้าที่บริหาร “คนไข้กลุ่มนี้ (ฝากพิเศษ) จะผ่าตัดคลอดสูง ซึ่งระยะหลังคนไข้ฝากพิเศษจะมีสิทธิบัตรต่างๆ มากขึ้นซึ่งจะไม่เสียค่าใช้จ่าย ทางโรงพยาบาลจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้สูงขึ้น (ถ้าคลอดปกติจะไม่มีค่าใช้จ่ายมากเท่าการผ่าตัดทำคลอด)”

สูติแพทย์ “จะเป็นเรื่องการแย่งห้องผ่าตัดกัน คือห้องผ่าตัดของเราจะไม่มีเฉพาะของสูติฯ ที่รุนแรงที่สุดคือมาดู chart ว่าเราผ่าตัดมีข้อบ่งชี้จริงหรือไม่ เหมือนกับว่าเค้ามายัดให้เราว่า emergency cesarean จริงหรือไม่ รอได้หรือเปล่าที่นี้เลยแก้ปัญหาด้วยการขยาย (จำนวน) ห้องผ่าตัด”

สูติแพทย์ “ปัญหาการใช้ห้องผ่าตัด แผนกอื่นก็ต้องมารอใช้ห้องผ่าตัดต่อจากเรา เพราะทีมผู้ช่วย (ผ่าตัด) มีน้อย ต้องรอผ่าตัดคลอดเสร็จก่อน เป็นการใช้ทรัพยากรมากไป และแพทย์ที่ผ่าตัดคลอดมากๆ ก็ไม่มีเวลาดูคนไข้ปกติ”

สูติแพทย์ “แพทย์ประจำบ้านที่อบรมอยู่ไม่มีการดูแล เวลาพูดถึงจริยธรรมก็แปลจากหนังสืออังกฤษ ผมก็ไม่ค่อยเห็นด้วยที่จะเอามาพูดกัน (เรื่องฝากพิเศษ) ในที่เรียน ส่วนเรื่องการฝากพิเศษที่จะผ่าตัดคลอดนั้นก็บอกว่ามีข้อบ่งชี้จึงผ่าได้ แต่ก็อย่างที่เห็น”

๖. ความต้องการใช้บริการในอนาคต

เมื่อสอบถามตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ด้วยคำถามสมมุติว่า หากต้องคลอดบุตรอีกครั้งในอนาคต มีความต้องการกลับมาคลอดที่โรงพยาบาลแห่งนี้หรือไม่ และต้องการฝากพิเศษหรือไม่ ทั้งสองกลุ่มมากกว่าร้อยละ ๘๐ ต้องการกลับมาคลอดอีก ขณะที่ร้อยละ ๓ และร้อยละ ๖ ของคนไข้ฝากพิเศษและไม่ฝากพิเศษไม่ต้องการกลับมาคลอดที่โรงพยาบาลแห่งนี้ (ตารางที่ ๖)

สำหรับความต้องการฝากพิเศษพบว่าร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่ฝากพิเศษยังต้องการฝากพิเศษอีก ขณะที่ร้อยละ ๖๗ ของผู้ที่ไม่ได้ฝากพิเศษต้องการคลอดโดยไม่ฝากพิเศษ มีร้อยละ ๑๗ ของผู้ที่ไม่ฝากพิเศษต้องการเปลี่ยนมา

ตารางที่ ๖ ร้อยละของความต้องการมาคลอดที่โรงพยาบาล
แห่งเดิม และความต้องการฝากพิเศษในการ
ตั้งครรภ์ครั้งหน้า

	ฝากพิเศษ ร้อยละ	ไม่ฝากพิเศษ ร้อยละ
ต้องการมาคลอดที่รพ.เดิม		
• ต้องการ	๘๓	๘๑
• ไม่ต้องการ	๓	๖
• ไม่แน่ใจ	๑๔	๑๓
รวม	๑๐๐	๑๐๐
ต้องการฝากพิเศษ		
• ต้องการ	๕๑	๑๗
• ไม่ต้องการ	๔	๖๗
• ไม่แน่ใจ	๕	๑๖
รวม	๑๐๐	๑๐๐

ฝากพิเศษในครั้งหน้า

๗. สถานการณ์อนาคตและการควบคุม

อนาคตการฝากพิเศษจะเป็นอย่างไร ใน
สถานการณ์ที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่ใน
ประเทศ ควรจะมีการควบคุมอย่างเป็นระบบหรือไม่
เป็นคำถามสำคัญที่สุดที่แพทย์ให้ความเห็นแตกต่างกัน
อย่างไรก็ตาม สหุติแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าการรับฝาก
พิเศษบางครั้งอาจทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อบริการ
และภาพลักษณ์ของแพทย์และสหุติแพทย์ได้ เช่น การ
รับฝากพิเศษจำนวนมากผิดปรกติของแพทย์บางท่าน
หรือการรับฝากพิเศษที่มีข้อกำหนดล่วงหน้ากับหญิง
ตั้งครรภ์ว่าต้องผ่าคลอดเท่านั้น (มีฉะนั้นจะไม่รับ
ฝาก) หรือเรียกเก็บเงินก่อนการคลอด ซึ่งมีความ
จำเป็นที่หน่วยงาน เช่น แพทยสภา ราชวิทยาลัยสูติ-
นรีแพทย์ หรือองค์กรแพทย์ต้องเข้ามาให้การดูแล
กำหนดขอบเขตของการทำเวชปฏิบัติรับฝากพิเศษที่
เหมาะสม

“ขึ้นกับเศรษฐกิจด้วยว่าเป็นอย่างไร คนที่เคยฝาก
แล้วอาจไม่ฝากหากไม่มีรายได้หรือไม่มีงานทำ”

“ฝากพิเศษในกลุ่มเป้าหมาย คือข้าราชการเยอะ
กลุ่มอื่นก็ไม่มีผลเท่าไร ยกเว้นว่าเค้าเปลี่ยนระบบเงิน
กันใหม่ ถ้า ๓๐ บาทจริงๆ ถ้าใช้สิทธิตรงนี้แล้วมาฝาก
เสียเงิน (เป็นค่ารักษาพยาบาลให้โรงพยาบาล) น้อยลง
อาจมาจ่ายให้หมอ (สำหรับการฝากพิเศษ) ได้”

“แนวโน้มจะมากขึ้นเพราะสังคมเริ่มรู้ว่า มี double
standard คงรู้ว่าเอาเงินมาซื้อจะดีกว่า ถ้าไปตามชั้น
ตอนก็แล้วแต่เวรแต่กรรม”

“คนที่เคยทำมากๆ ก็ลดลงแล้ว แต่ก็จะมีรุ่นใหม่
ขึ้นไปต่อ”

“ควรจะคุมบ้าง แต่การที่เขาทำเยอะๆ ก็เหมือน
เป็นการควบคุมไปในตัวอยู่แล้วเพราะจะเหนื่อยล้า
หรือถ้าทำพลาดรายหนึ่ง อาจจะมีผลทั้งต่อคนไข้ เพื่อน
ร่วมงาน และตัวเขาเอง เขาก็จะคิด และจะลดลงเอง
โดยอัตโนมัติ”

“เราสามารถที่จะเลือกเองได้ที่จะมีคนไข้ฝาก
พิเศษมากหรือน้อย ถ้าไม่ยากที่จะมีคนไข้ฝากพิเศษ
มากก็จะหลีกเลี่ยงการออกตรวจนอกเวลาราชการหรือ
บอกพยาบาล เพราะเราไม่ได้เปิดร้านเอง แต่ถ้าคนมี
ร้านแล้วส่วนใหญ่จะเสี่ยงไม่ได้”

“ต้องกำหนดให้อยู่ในระดับที่ดีและมีคุณภาพ
ประมาณ ๑๐ รายต่อเดือน, ๓ วัน มีทำคลอดกลุ่ม
ฝากพิเศษ ๑ ราย ถ้ามากกว่า ๑๐ อาจมีปัญหา”

“ไม่ควรเกิน ๓๐ รายต่อเดือน เฉลี่ยแล้ววันละ ๑
ราย”

“เราต้องมาคิดกันว่าเราอยู่ในฐานะอะไร จะทำ
อย่างไร มันเป็นเรื่องระดับชาติ ไม่ใช่แค่ระดับ
โรงพยาบาล เป็นเรื่องระดับสังคม”

“ในช่วง ๒๐ ปี ที่โรงพยาบาลเปิดมาไม่เคยนำมา
คุยแบบเปิดเผย เพิ่งจะนำมาคุยเมื่อ ๓ เดือนที่แล้ว
เพราะบางอย่างมันล่อแหลมเกินไป ต้องปรับให้ดีขึ้น เช่น
การฝากพิเศษโดยการเรียกเก็บเงินก่อนไม่น่าจะทำ
ต้องมีเวชปฏิบัติที่เหมาะสมอยู่ในกรอบที่รับได้ ไม่ถูกบังคับ
คนไข้พอใจ”

“สำหรับกระทรวงสาธารณสุขนำไปทำเรื่องอื่นที่

สร้างสรรค์มากกว่านี้ (อย่ามาวิจัยเรื่องนี้) แพทย์สภาต้องเข้ามาฟังเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไรบ้างสำหรับผู้บริหารของโรงพยาบาลเป็นจุดที่ต้องรับผิดชอบให้มาก ต้องพยายามกระตุ้นเสมอว่าอย่าทำอะไรที่เป็นการเบี่ยงเบนมากนัก เสียงเกินไปไม่คุ้มต้องคอยช่วยเหลือกัน ต้องทำเป็นทีม”

“แพทย์สภาต้องทำในเชิงรุก เช่น เรื่องฝากครรภ์กับสูติแพทย์จะมีปัญหาเยอะ ต้องมาทำ มาแก้ไขให้ดีขึ้นเป็นขั้นตอน สูติแพทย์เองก็ต้องรับผิดชอบดูแล”

สรุปและวิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นที่ได้ทำการศึกษาค้นคว้าและข้อเท็จจริงของผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายอย่างรอบด้าน ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร สูติแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากพิเศษ และหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากพิเศษ

อย่างไรก็ตามจุดต่อที่สำคัญของการศึกษาวิจัยนี้ก็คือ การเลือกตัวอย่างเป็นไปอย่างจำเพาะเจาะจง ดังนั้นข้อมูลหลายประการอาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนข้อมูลในระดับประเทศได้ เพราะโรงพยาบาลหรือจังหวัดที่อนุญาตให้ทำการศึกษามีลักษณะพิเศษต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ โรงพยาบาลที่มีแนวโน้มการฝากพิเศษหรือการทำเวชปฏิบัติที่เบี่ยงเบนมาก อาจไม่ต้องการเป็นตัวอย่างเป็นการวิจัย

อัตราการฝากพิเศษร้อยละ ๓๓ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถใช้อ้างอิงเป็นอัตราการฝากพิเศษของทั้งประเทศได้ เนื่องจากตัวอย่างโรงพยาบาลมิได้เป็นการเลือกแบบสุ่มและจำนวนข้อมูลที่เก็บค่อนข้างน้อย

ในหลายรายงานจากต่างประเทศที่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า มีความแตกต่างของการบริการทางสูติกรรมเกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยฝากพิเศษและไม่ฝากพิเศษ เช่น Roberts และคณะ^(๖) ศึกษาในออสเตรเลีย พบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่ำที่ฝากพิเศษในโรงพยาบาลเอกชนจะมีการทำคลอดโดยใช้เข็ม เครื่องดูดสุญญากาศ และตัดแผลฝีเย็บ สูงที่สุด รองลงไปคือกลุ่มที่ฝากพิเศษในโรงพยาบาลของรัฐและกลุ่มที่ไม่ฝาก

พิเศษในโรงพยาบาลของรัฐตามลำดับ Murray และคณะ^(๗) จากซิดนีย์ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยฝากพิเศษมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ ๕๗-๘๓ ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลโดยพยาบาลผดุงครรภ์และแพทย์เวรในโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีอัตราการผ่าตัดคลอดต่ำกว่ามาก นอกจากนี้อัตราการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ยังสูงถึงร้อยละ ๓๐-๖๘ ในกลุ่มที่ฝากพิเศษ เปรียบเทียบกับร้อยละ ๑๒-๑๔ ในกลุ่มที่ไม่ได้ฝากพิเศษ Wright และคณะ^(๘) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ฝากพิเศษมีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์และจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลในช่วงคลอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฝากพิเศษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาที่ยกมาอ้างมีความสอดคล้องกับผลบางประการของการศึกษานี้ แม้จะแตกต่างกันในระเบียบวิธีวิจัยและการคัดเลือกกลุ่มประชากร

อย่างไรก็ตามผลของการศึกษานี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการฝากครรภ์พิเศษในโรงพยาบาลของรัฐมีความนิยมอย่างมาก หญิงตั้งครรภ์ที่เลือกเป็นตัวอย่างเป็นศึกษาถึงหนึ่งในสามเป็นผู้ฝากพิเศษ โดยมีเหตุผลที่สำคัญคือ ความต้องการความมั่นใจว่าจะได้รับความปลอดภัยมากกว่าการฝากครรภ์และคลอดในระบบปกติ สถานการณ์ดังกล่าวทั้งสูติแพทย์และหญิงตั้งครรภ์ได้รับความพึงพอใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย (win-win situation) อย่างไรก็ตามผลของการวิจัยก็แสดงให้เห็นบางส่วนว่าระบบการฝากพิเศษทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาลของรัฐต่อผู้ที่ไม่ฝากพิเศษ และส่งผลต่อการบริหารทรัพยากรของภาครัฐ เช่น อาจมีการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียง (ultrasound) ที่เกินจำเป็น

นอกจากนี้การฝากพิเศษอาจทำให้สูติแพทย์มีแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการปรกติ น้อยลง ซึ่งอาจส่งผลให้ความไว้วางใจในระบบบริการปรกติลดลงด้วย ทำให้การฝากพิเศษอาจจะมีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต ดังนั้นแม้กระทั่งสูติแพทย์เองส่วนใหญ่ก็มีความเห็นว่าควรมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในหลาย

ระดับตั้งแต่ในกลุ่มสูติแพทย์ โรงพยาบาล และระดับชาติ เข้ามาดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อป้องกันการทำให้เวชปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นจากการฝากพิเศษ

สำหรับทีมนักวิจัยคิดว่าผู้เกี่ยวข้องควรจะต้องตอบคำถามสามประการที่สำคัญ ได้แก่ หนึ่งควรให้การฝากพิเศษมีอยู่ต่อไปหรือไม่ในโรงพยาบาลของรัฐ? หากยังมีระบบฝากพิเศษอยู่ต่อไป จะมีมาตรการอย่างไรในการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ที่ไม่ฝากพิเศษ? และประการสุดท้ายจะอย่างไรเพื่อควบคุมผลกระทบด้านลบจากการฝากพิเศษ? โดยใคร?

คำถามแรกควรให้มีการฝากพิเศษมีอยู่ต่อไปหรือไม่? หากเลือกตอบในมุมมองของสาธารณสุขย่อมต้องตอบว่าไม่ควร เพราะเป็นที่ชัดเจนว่าทำให้เกิดความไม่ยุติธรรมสำหรับการใช้ทรัพยากรร่วมกันในสังคม และเกิดผลเสียหลายประการต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ แม้กระทั่งผู้ฝากพิเศษเองก็ตาม เพราะเป็นที่ชัดเจนมีเอกสารอ้างอิงมากมายว่าการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้เป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารก^(๔-๑๑) แต่หากต้องตอบตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงก็พบว่าเป็นเรื่องยากหรือแทบเป็นไปไม่ได้ที่จะควบคุมการฝากพิเศษเพราะการฝากพิเศษเป็นความสมัครใจของผู้คลอดเอง และเป็นความยินยอมของทั้งสองฝ่าย การควบคุมโดยตรงจึงแทบเป็นไปไม่ได้ จึงคิดว่าระบบการฝากพิเศษจะยังคงมีอยู่ต่อไป มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการใช้มาตรการทางอ้อมของผู้ที่เกี่ยวข้อง

คำถามประเด็นที่สองจะมีมาตรการอย่างไรในการสร้างความมั่นใจหรือควบคุมมาตรฐานการรักษาให้เหมือนกันกับผู้ไม่ฝากพิเศษ? เพราะจากข้อมูลเห็นได้อย่างชัดเจนว่าในกลุ่มผู้ไม่ฝากพิเศษร้อยละ ๕๓ ก็เชื่อว่าการฝากพิเศษจะทำให้ได้รับบริการที่ปลอดภัยกว่าระบบปกติ แสดงให้เห็นถึงการขาดความมั่นใจบริการระบบปกติ ดังนั้นถึงวันนี้ นักวิจัยเชื่อว่าจำเป็นอย่างยิ่งที่อย่างน้อยหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข โรงเรียนแพทย์ แพทยสภา รวมถึงสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ต้องเข้าดูแล ไม่เพียงแต่กำหนด

แนวทางการรักษาพยาบาล (clinical practice guideline) ที่มีมาตรฐานเท่านั้น แต่ต้องไม่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในทางปฏิบัติระหว่างผู้ฝากพิเศษและผู้ไม่ฝากพิเศษในโรงพยาบาลเดียวกัน ซึ่งส่งผลต่อความไม่มั่นใจในระบบบริการปรกติด้วย

ประการสุดท้ายควรทำอย่างไรเพื่อควบคุมผลกระทบด้านลบจากการฝากพิเศษ และโดยใคร ผู้วิจัยเห็นว่ามาตรการแรกๆ ที่ควรให้ความสำคัญได้แก่ การผ่าตัดคลอดที่เกินความจำเป็นในกลุ่มฝากพิเศษ เพราะส่งผลเสียต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก นอกเหนือจากการใช้ทรัพยากรโดยไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ที่ทำหน้าที่ดังกล่าวก็ต้องไม่ใช่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งแต่ต้องประกอบด้วยหลายหน่วยงานและต้องทำงานเสริมมาตรการของกันและกัน เช่น โรงพยาบาลควรทำการเก็บข้อมูลเพื่อติดตาม กำกับอัตราการผ่าตัดคลอดของกลุ่มฝากพิเศษ หน่วยงานบางแห่งต้องให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมต่อการผ่าตัดคลอด (แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าในการวิจัยครั้งนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์เพียงร้อยละ ๑ เท่านั้นที่เลือกฝากพิเศษเพราะต้องการผ่าตัดคลอด) แพทยสภาและราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยต้องเพิ่มมาตรการกำกับสูติแพทย์ ให้เห็นถึงความเอาใจจริงเอาใจ และต่อเนื่องขององค์วิชาชีพต่อประเด็นนี้ อาจมีการทำการศึกษาเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์อย่างชัดเจนว่าสูติแพทย์หนึ่งท่านควรให้บริการรับฝากครรภ์พิเศษประมาณกี่รายต่อเดือน เพื่อให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพทั้งต่อผู้ฝากพิเศษและภารกิจประจำของโรงพยาบาล

สุดท้ายโรงเรียนแพทย์ก็ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สูติแพทย์ที่จะได้รับการอบรมและซึมซับแนวคิดตัวอย่างแม่แบบ และความตระหนักในค่านิยมของการทำเวชปฏิบัติจากสถาบันนั้นๆ เพื่อเป็นสูติแพทย์ที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

(สกว.) สำหรับการสนับสนุนโครงการเมธีวิจัยอาวุโส สกว. ระยะที่สองของ นพ.วีโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุขที่สนับสนุนการจัดตั้งและดำเนินการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ นักวิจัยขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลสตูดิโพนธ์ และผู้มาคลอดในโรงพยาบาลตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

๑. Kanshana S, Thewanda D, Teeraratkul A, Limpakarnjanarat K, Amornwichee P, Kullerk N, et al. Implementing short-course zidovudine to reduce mother-infant HIV transmission in a large pilot program in Thailand. *AIDS* 2000; 14:1617-23.
 ๒. ยศ ติระวัฒนานนท์, วีโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สัญญา ศรีรัตนนะ, ปรีศณี ทิพย์โสถติ แบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทย ในรอบ ๑๒ ปี (พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๔๔) วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๖; ๑๒:๑-๑๘.
 ๓. 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.
 ๔. Bowling A. *Research methods in health*. 2nd ed., London: Open University Press. 2002.
 ๕. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; ii:436-7.
 ๖. Roberts LC, Tracy S, Peat B. Rates for obstetric intervention among private and public patients in Australia: population based descriptive study. *BMJ* 2000; 321:137-41.
 ๗. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of cesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ* 2000; 321:1501-5.
 ๘. Wright CH, Gardin TH, Wright CL. Obstetric care in a health maintenance organization and a private fee-for-service practice: a comparative analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149:848-56.
 ๙. Wagner M. Choosing cesarean section. *Lancet* 2000; 356:1677-80.
 ๑๐. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999; 354:776.
 ๑๑. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal re-hospitalisation. *JAMA* 2000; 283:2411-6.

Abstract Pros and Cons of Private Obstetric Practice in Public Hospitals

Yot Teerawattananon*, Thitima Suntharasaj, Sanya Srirattana*, Pradsanee Tipyasothi*, Wachra Reupiboon*, Viroj Tangcharoensathien***

*International Health Policy Program, Thailand, Ministry of Public Health, **Obstetrics and Gynecology department, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Thailand

Journal of Health Science 2003; 12:496-508.

Using both patient's and physician's point of views, this study aimed to determine the causes and effects of private obstetric practice in public hospitals, on the perception of quality of care and patient's confidence on obstetric care among the non-private cases. In purposive selected seven public hospitals, 1,036 consecutive postpartum women were face to face interviewed by trained interviewers. In addition, ten obstetricians were in-depth interviewed by the researchers. The major reasons of being private patient were to ensure quality and safety of obstetric services and convenience. One third of the sampled patients were private cases. Private cases had higher rate of ultrasonographic examination (3.7 services for private vs. 2.9 services for non-private). In addition, the cesarean section rate of private cases was significantly higher than that of the non-private cases (57.6% vs.19.6%). Even though obstetricians gained financial incentives from private practice, high patients' expectation and demands put a substantial pressure on obstetricians. There is no regulation for private obstetric practice to prevent the potential negative impacts. Most obstetricians agreed that private obstetric practice should be managed explicitly by hospital director, the Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists and Medical Council.

Key words: obstetric care, private obstetric practice, cesarean section, public hospitals