

รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้า
ของหญิงมีครรภ์ ตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม
จังหวัดอุบลราชธานี

ชวิทย์ ธานี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
กันยายน 2557
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

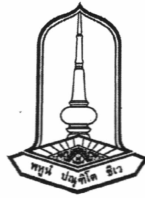


รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้า
ของหญิงมีครรภ์ ตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม
จังหวัดอุบลราชธานี

ชวิทย์ ธานี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
กันยายน 2557
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม





คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายชิววิทย์ ธานี
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาขารณศาสตร ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

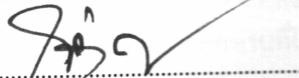
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

ประธานกรรมการ

(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)



(ผศ.ดร.ชัยยง ชามรัตน์)

กรรมการ

(ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)



(นพ.เรืองศิลป์ เป็อนนาดิ)

กรรมการ

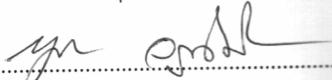
(กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)



(อาจารย์ ดร.ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ)

กรรมการ

(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)

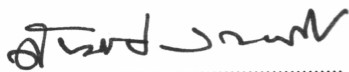


(อาจารย์ ดร.กฤษณา วุฒิสินธ์)

กรรมการ

(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขารณศาสตร ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



(ผศ.ดร.สงครามชัย สิทธิทองดี)

คณบดีคณะสาขารณศาสตร



(ศ.ดร.ประดิษฐ์ เทอดทูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 14 เดือน ก.พ. พ.ศ. 2557



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยยง ขามรัตน์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และอาจารย์นายแพทย์เรืองศิลป์ เกื่อนนาดี กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำ ปรับปรุงแก้ไข ให้ถูกต้องตามหลักการเขียนวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี ตลอดจนช่วยตรวจสอบวิทยานิพนธ์อย่างต่อเนื่องจนประสบผลสำเร็จ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสว่างและคณะเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและเป็นที่ปรึกษางานวิจัยตลอดทั้งเป็นวิทยากรให้ความรู้ เรื่อง รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ และท่านนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสว่าง พร้อมด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตำบลนาสว่างที่ให้ความกรุณาสับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัย ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลนาสว่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยรวมทั้งผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทุกด้านเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามและคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความกรุณาถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจในเชิงวิชาการต่างๆตลอดมา

ขอขอบคุณงามความดีและประโยชน์ใด ๆ ที่บังเกิดแก่วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ แต่ บิดามารดา ครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้และอบรมสั่งสอนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ลุล่วงไปด้วยดี ตลอดจนมหาวิทยาลัยมหาสารคาม อันเป็นสถาบันที่ให้ความรู้และโอกาสทางการศึกษา ประโยชน์และคุณค่า การศึกษาครั้งนี้ ที่มีส่วนให้ชีวิตและปัญหาแก่ผู้วิจัยให้ประสบผลสำเร็จ ได้รับการศึกษาอบรมพัฒนาตนเอง ในการนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงานในหน้าที่ความรับผิดชอบต่อไป

ชูวิทย์ ธาณี



ชื่อเรื่อง	รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี
ผู้วิจัย	นายชูวิทย์ ธาณี
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์
กรรมการควบคุม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยยง ขามรัตน์ นายแพทย์เรืองศิลป์ เกื่อนนาดี
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2557

บทคัดย่อ

การเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในเขตพื้นที่ตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับกระบวนการวางแผนและการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การสังเกต การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านการให้บริการฝากครรภ์ในพื้นที่ จำนวน 36 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ t-test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการในพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในครั้งนี้ มี 10 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาบริบทในพื้นที่ 2) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) การสังเคราะห์รูปแบบใหม่ 4) การจัดทำแผนปฏิบัติการชุมชน 5) การปฏิบัติตามแผน 6) การดำเนินการติดตาม 7) การสังเกต และสัมภาษณ์เชิงลึก 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) การประเมินผล และ 10) การสรุปผลการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานในรูปแบบใหม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่มาฝากครรภ์ตามกำหนดเวลาเพิ่มขึ้น

โดยสรุป แนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ครั้งนี้ มีปัจจัยความสำเร็จคือ การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานในพื้นที่ การกระตุ้นและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการทำงานเป็นทีมในชุมชน

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนา, การฝากครรภ์ล่าช้า, หญิงตั้งครรภ์, การดำเนินงาน



TITLE The Development of Implement on the Late Antenatal Care for Pregnancy Model in Nasuang Subdistrict, Detudom District, Ubonratchatani Province

AUTHOR Mr. Chuwit Thanee

DEGREE M.P.H. **MAJOR** Public Health Program

ADVISOR Asst. Prof. Chaiyong Khamrat, Dr.P.H.
Ruengsil Teunnadee, M.D.

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2014

ABSTRACT

The delayed antenatal care of pregnant women may be a cause of health problems for both mothers and infants. This action research aimed to study the development process to prevent delayed prenatal care of pregnant women in Nasuang sub-district, Detudom district, Ubon Ratchathani Province. It applied the concept of action research the planning and implementation and participation. Data collection was approached by observing Interviews and focus group discussions. The participants included 36 key informants involved in the implementation of antenatal care services in the local area. It was applied by using statistics both descriptive and inferential such as frequency, percentage, standard deviation and comparison of the difference of the average by t-test and the of qualitative data was analyzed by content analysis.

The results showed that the process of developing a model for implementation in the prevention of the ANC delays in the pregnant women in this study comprised 10 sectors 1) study of the context, 2) workshop 3) the synthesis of a new model 4) preparation of the community action plan 5) implement 6) follow up 7) observing and interviewing 8) knowledge management 9) evaluation and 10) conclusion of operations. Performance in the new model was to effect change services to protect ANC delay of pregnant women improved with statistical significance (p-value <0.05) and resulted in a target area of antenatal care accordingly.

In summary, the development of operational guidelines for the prevention of delayed ANC of pregnant women was successfully achieved. Through the following factors 1) creating a network of an operating in the area, 2) community monitoring continuously and 3) working as a team in the community.

Key words : Development Model, The Late Antenatal Care, Pregnancy, Implementing.



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 ความมุ่งหมายของการวิจัย	4
1.3 ความสำคัญของการวิจัย	4
1.4 คำถามเพื่อการวิจัย	4
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	6
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการฝากครรภ์	6
2.2 สถานการณ์การฝากครรภ์	21
2.3 สถานบริการรับฝากครรภ์	22
2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	23
2.5 กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม	28
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31
2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
3.1 รูปแบบการวิจัย	37
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
3.3 พื้นที่ในการศึกษาวิจัย	38
3.4 วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	39
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
3.6 การสร้างและการตรวจสอบเครื่องมือ	41
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	41
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	42
3.9 จริยธรรมในการวิจัย	42



	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย	43
4.1 สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้สื่อความหมายในการวิจัย	43
4.2 ลำดับขั้นของการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	43
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	44
ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านลักษณะทางประชากร	44
ตอนที่ 2 กระบวนการสร้างรูปแบบการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	51
ตอนที่ 3 ข้อมูลผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	71
ตอนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	80
ตอนที่ 5 ข้อมูลปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบพัฒนา การฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	81
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	85
5.1 สรุปผล	85
5.2 อภิปรายผล	88
5.3 ข้อเสนอแนะ	90
เอกสารอ้างอิง	91
ภาคผนวก	97
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	98
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์	104
ภาคผนวก ค ภาพประกอบกิจกรรม	109
ประวัติย่อผู้วิจัย	115



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 4.1 อัตรากำลังบุคลากรแต่ละประเภทต่อประชากร	45
ตาราง 4.2 ทรัพยากรสาธารณสุขมูลฐานปี พ.ศ. 2556	45
ตาราง 4.3 เขตการปกครองตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	46
ตาราง 4.4 รายชื่อหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	46
ตาราง 4.5 จำนวนประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศปี 2556	47
ตาราง 4.6 ข้อมูลสภาวะสุขภาพพรายหมู่บ้าน ตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	48
ตาราง 4.7 จำนวนและอัตราป่วยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับโรคจำแนกตามสาเหตุการป่วย ปี 2554 - 2556	48
ตาราง 4.8 สาเหตุการตาย และอัตราตาย 5 อันดับแรก ประชากร ปี 2556	49
ตาราง 4.9 ข้อมูลการให้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย จำนวนผู้มารับบริการ 3 ปี ย้อนหลัง ตามกลุ่มบริการ	49
ตาราง 4.10 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=36)	50
ตาราง 4.11 โครงการ กิจกรรมเพื่อป้องกันการลดการฝากครรภ์ล่าช้า ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	53
ตาราง 4.12 แผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	58
ตาราง 4.13 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้า ของหญิงมีครรภ์ภาพรวม ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	72
ตาราง 4.14 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้า ของหญิงมีครรภ์ด้านการให้บริการรับฝากครรภ์เชิงรุก	73
ตาราง 4.15 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้า หญิงมีครรภ์ด้านการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ การรณรงค์สร้างกระแส	74
ตาราง 4.16 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้า ของหญิงมีครรภ์ด้านเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์	75
ตาราง 4.17 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้า ของหญิงมีครรภ์ด้านการประสานงานและการสนับสนุนการดำเนินงาน	76
ตาราง 4.18 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้า ของหญิงมีครรภ์ด้านครัวเรือนต้นแบบ	77
ตาราง 4.19 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้า ของหญิงมีครรภ์ด้านศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์	78
ตาราง 4.20 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้า ของหญิงมีครรภ์ด้านอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชน	79



	หน้า
ตาราง 4.21 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้า ของหญิงมีครรภ์ด้านการติดตามและประเมินผล	80
ตาราง 4.22 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานของรูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการ การมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์	80



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	36
ภาพประกอบ 4.1 พีระมิดประชากร ตำบลนาสว่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2556	47
ภาพประกอบ 4.2 รูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่างอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	69
ภาพประกอบภาคผนวก ค_1 ประชุมเจ้าหน้าที่เตรียมการดำเนินงาน 1	110
ภาพประกอบภาคผนวก ค_2 ประชุมเจ้าหน้าที่เตรียมการดำเนินงาน 2	110
ภาพประกอบภาคผนวก ค_3 เปิดการอบรมหญิงมีครรภ์	111
ภาพประกอบภาคผนวก ค_4 ร่วมสังเกตการณ์ การอบรมหญิงมีครรภ์	111
ภาพประกอบภาคผนวก ค_5 ผู้เข้าอบรมถ่ายภาพร่วมกัน	112
ภาพประกอบภาคผนวก ค_6 สัมภาษณ์ อสม.	112
ภาพประกอบภาคผนวก ค_7 อสม.	113
ภาพประกอบภาคผนวก ค_8 สัมภาษณ์หญิงมีครรภ์ 1	113
ภาพประกอบภาคผนวก ค_9 สัมภาษณ์หญิงมีครรภ์ 2	114
ภาพประกอบภาคผนวก ค_10 สัมภาษณ์สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล	114



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

การให้บริการดูแลมารดาและทารกเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพของทารกควรได้รับการดูแลตั้งแต่อยู่ในครรภ์ของมารดา ดังที่คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เป็นต้นมาถึงฉบับปัจจุบันฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) และประเทศไทย ประสบความสำเร็จในการพัฒนาบริการสาธารณสุข ในระดับหนึ่ง โดยมีตัวชี้วัดสถานะสุขภาพต่าง ๆ เช่น อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 18 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ อัตรามารดามีบุตรคนแรก เมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10 อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดไม่เกิน 30 ต่อ 1,000 เกิดมีชีพ อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด (กรมอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2554) อัตราทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และอัตรามารดา วัยรุ่นตั้งครรภ์ เป็นตัวอย่างบางส่วนของดัชนีที่บ่งบอกถึงสภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมของ ชุมชนในประเทศนั้น นอกเหนือจากนี้ยังแสดงถึงประสิทธิภาพในการดูแลทางสูติกรรมและทารก แรกคลอด (ปัญญา สนั่นพานิชกุล, 2554)

ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตัวชี้วัดดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายส่งเสริมการดำเนินงานเร่งรัดให้มีการดำเนินงานดูแลทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาในระยะตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอด รวมทั้งการให้ความสำคัญถึงการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ก็ยังพบปัญหาการตายของมารดา เกินค่าเป้าหมาย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าสาเหตุการตายของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ และอื่นๆ เช่น การมีโรค หรือภาวะโรคบางอย่างอยู่ก่อน เมื่อตั้งครรภ์ก็ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นจนส่งผลต่อสุขภาพและชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ ดังนั้นการตั้งครรภ์ถือเป็นความเสี่ยงสำหรับสตรีทุกคน มีโอกาสเป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ (กนกวรรณ ใจพิงค์, 2554: 1-4)

การศึกษาเกี่ยวกับการฝากครรภ์นั้น เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2444 หรือมีการศึกษามากกว่า 100 ปี หลังจากที่ตีพิมพ์บทความเรื่อง “Plea for a Pro Paternity Hospital” (ศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล, 2548) บทบาทของการฝากครรภ์จะเห็นได้จากการลดอัตราตายของมารดาอย่างชัดเจน และยังทำให้ทารกคลอดมีชีวิตและสุขภาพแข็งแรงเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม จึงถือว่าเป็นบทบาทของการฝากครรภ์เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด โดยให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และการปฏิบัติตัว รวมทั้งได้รับการตรวจสอบสุขภาพของมารดาและทารกโดยอาศัยวิทยาการและเครื่องมือต่างๆ มาประกอบจึงสามารถแยกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอันตรายสูง (High Risk Pregnancy) ออกได้จากหญิงที่ตั้งครรภ์ตามปกติทำให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มอัตราเสี่ยงสูงได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพิ่มขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการฝากครรภ์ที่ดี ยังไม่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ แต่ทำให้ตรวจพบได้เร็วขึ้นจนสามารถลดความรุนแรงของโรคต่าง ๆ ไปได้ (กนกวรรณ ใจพิงค์, 2554 : 1-2)

แม้ว่าการแพทย์และสาธารณสุขไทย โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กได้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประชากรแม่และเด็กเกือบทั้งหมดเข้าถึงบริการของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่



อัตราส่วนการตายมารดาที่สูงกว่านานาชาติและไม่ได้ตามเป้าหมาย MDG5A ที่ต้องการให้ประเทศต่างๆ ลดอัตราส่วนการตายมารดาเหลือ 13 ต่อการเกิดมีชีวิตคน แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะคลอดบุตรโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 79.6 และฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 52.4 และฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 79.6 หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เร็วและฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์จะได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างมีคุณภาพ ส่งเสริมสุขภาพของแม่ให้มีความสมบูรณ์แข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีความพร้อมในการเป็นแม่และการเลี้ยงดูลูกต่อไป (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555: 5-29)

จากการศึกษาสถานการณ์การฝากครรภ์ล่าช้าของประเทศไทย พบว่า มีอัตราหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ล่าช้าปี 2552 ร้อยละ 60.67 และปี 2553 ร้อยละ 57.61 (ระบบรายงานเฉพาะกิจ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว, 2554) ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเพียงเล็กน้อย ส่วนอัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ในเขตเขตอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบว่าอัตราการฝากครรภ์ล่าช้า เท่ากับ ร้อยละ 55.85, 56.87 และ 56.63 ตามลำดับ (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ อำเภอเดชอุดม, 2554) ในปีงบประมาณ 2554 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้กำหนดระดับความสำเร็จอัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 หมายความว่า หญิงมีครรภ์จะต้องมีการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2553: 14) แสดงว่าการดำเนินงานฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ยังเป็นปัญหาที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อสุขภาพพลานามัยที่ดีของมารดาและทารกในครรภ์

จากสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็กยังมีปัญหาที่ส่งผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายหรือตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการฝากครรภ์ให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการฝากครรภ์มีความสำคัญอย่างมากสำหรับมารดาและทารก เพราะจุดมุ่งหมายในการฝากครรภ์นั้น เพื่อให้แน่ใจว่ามารดาและทารกในครรภ์มีสุขภาพดี แข็งแรงตลอดการตั้งครรภ์ นอกจากนี้แพทย์เจ้าของไข้อย่างให้การวินิจฉัยภาวะเสี่ยงและผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นต่อมารดาและบุตรในครรภ์ (Villar, 1997) ระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น การตายของมารดา (Golding, 1989) การตายของทารก การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น และหากมีปัญหาหรือสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ มารดาจะได้รับปรึกษาแพทย์และเข้ารับการรักษาได้ทันเวลาที่ โดยการฝากครรภ์ครั้งแรกอาจเริ่มที่อายุครรภ์ไม่เกิน 3 เดือนหรือไม่เกิน 12 สัปดาห์ หากมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอาจทำให้เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์หลายประการเช่น การตายของมารดา การตายของทารกตั้งแต่ในครรภ์ เด็กแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเสียโอกาสในการได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค การได้รับการเสริมธาตุเหล็ก การได้รับการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการบริโภค การตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย การตรวจอัลตราซาวด์ เป็นต้น (สมิต ประสันนาการ, 2554)

โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์เช่น อายุ สถานะภาพ สิทธิการรักษา และการศึกษาเป็นต้น ว่าจะมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า การศึกษาของแอฟเฟทแม็คควาบิน ปี 2000มี อัลเดอร์เลียสเทน ปี 2007 ลี ทูย ที เท



รียนและจอร์จ รูบินปี 2006 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า ส่วน อีไมล์ คูเป็คและคณะทำการศึกษาในปี 2002 พบว่าอายุของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้แต่งงานก็มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าเช่นกันซึ่งแอฟเฟทแม็คควาบินได้ศึกษาไว้ ด้านคริสเตียน แอล.เอ็ม.โจเซฟศึกษาในปี 1989 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพและการศึกษาน้อยกว่า 12 ปี มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าเช่นเดียวกับการศึกษาของ มี อัลเดอร์เลียสเทน (McCaw-Binns, 1995; Alderliesren, 2007; Lie Thuythi Trinh, 2006; Kupek, 2002; Joseph, 1989)

ด้านพฤติกรรมเช่นพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่าการศึกษาของอีไมล์ คูเป็คพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้า (Kupek, 2002) และการศึกษาของลี ทูย ทิ เทรียนและจอร์จ รูบินพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่อย่างหนักมีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้า (Lie Thuythi Trinh, 2006) ด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมเช่น ชาติพันธุ์ สถานพยาบาลสำหรับการฝากครรภ์สถานพยาบาลสำหรับการคลอดบุตรเป็นต้น การศึกษาของอีไมล์ คูเป็คและคณะ พบว่าชาติพันธุ์ของหญิงตั้งครรภ์ ชนิดของสถานพยาบาลสำหรับการฝากครรภ์ การวางแผนการฝากครรภ์ และสถานพยาบาลสำหรับการคลอดบุตร มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้า (Kupek, 2002) และโมนิกา อาคินยิ ศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีมีผลต่อการฝากครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่า และความเท่าเทียมกันในสังคมของหญิงตั้งครรภ์มีผลต่อการฝากครรภ์ล่าช้าเช่นกัน (Akinyi Magadi, 2000)

ด้านประวัติความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์และการคลอดในอดีตนั้นมีการของแอฟเฟทแม็คควาบิน ที่แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการตั้งครรภ์มาแล้วหลายครั้งมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า (McCaw-Binns, 1995) ส่วนการศึกษาของ ลี ทูย ทิ เทรียนและจอร์จ รูบินพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์มาแล้วมากกว่า 3 ครั้ง มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า (Lie Thuythi Trinh, 2006) กรมประชาสัมพันธ์กระทรวงสาธารณสุขได้แถลงถึงสาเหตุสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ มีหลายประการอาทิหญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจว่าต้องรอให้ลูกดิ้นก่อนแล้วค่อยฝากครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่นและมีอายุมาก มักมีความอาย ไม่กล้าฝากครรภ์ (กรมประชาสัมพันธ์, 2553)

จากสถานการณ์การฝากครรภ์ล่าช้า ผลกระทบที่เกิดจากการฝากครรภ์ล่าช้า รวมทั้งปัจจัยต่างๆที่ส่งผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้า ซึ่งพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานส่งเสริมการฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ (การฝากครรภ์ปกติ) ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร รวมทั้งผลกระทบที่ตามมาจากการฝากครรภ์ล่าช้าทั้งต่อมารดาเอง รวมทั้งทารกที่จะคลอดออกมา ซึ่งอาจทำให้สุขภาพอนามัยของแม่และเด็กไม่สมบูรณ์หรืออาจเกิดอันตรายได้ และในการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันนั้น ยังไม่มีรูปแบบในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมที่จะสนับสนุนให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางหรือวิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากเป็นตำบลที่มีอัตราการฝากครรภ์ล่าช้าสูงสุด (ร้อยละ 62.0) ของหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่จำเป็นจะต้องได้รับการแก้ไขอย่างมาก เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน รวมทั้งการศึกษาผลการ



ดำเนินงานที่ผ่านมา และ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานในการรับบริการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ของหญิงมีครรภ์ เพื่อจะเป็นแนวทางและข้อเสนอแนะเพื่อสนับสนุนนโยบายผู้บริหาร ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการฝากครรภ์ของมารดามีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของมารดาและทารกต่อไป

1.2 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.2.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิง มีครรภ์ ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.2.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.2.2.1 เพื่อศึกษากระบวนการสร้างรูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.2.2.2 เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนา เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.2.2.3 เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.2.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3 ความสำคัญของการวิจัย

1.3.1 การดำเนินงานในพื้นที่มีรูปแบบการพัฒนาที่ชัดเจน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ มีการฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อบรรลุเป้าหมายนโยบายการฝากครรภ์ของอำเภอเดชอุดม รวมทั้งจังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2 รูปแบบการพัฒนาที่ผ่านการใช้และประเมินผล สามารถเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพของการฝากครรภ์ในพื้นที่

1.3.3 การนำรูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้กับต่างพื้นที่และพัฒนาตามสถานการณ์ วิถีชีวิตและสภาพวัฒนธรรมเมื่อมีการประเมินผล และผ่านขั้นตอนการพัฒนาแล้ว อาจใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ของประเทศในอนาคต

1.4 คำถามเพื่อการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร



1.5 ขอบเขตของการวิจัย

1.5.1 ขอบเขตด้านพื้นที่

ผู้วิจัยจะทำการศึกษาในตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.2 ขอบเขตของเนื้อหา

ศึกษา รูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในอำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกรอบในการพัฒนา โดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Tagart (1988) รวมทั้งการศึกษารูปแบบการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์

1.5.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาศึกษาวิจัย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2557 - 30 มิถุนายน 2557

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 รูปแบบการพัฒนา หมายถึง แนวทางหรือวิธีการเพื่อให้การดำเนินการฝากครรภ์มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ โดยมุ่งเน้นในการพัฒนาในด้าน การวางแผน การดำเนินงาน การสังเกต และการสะท้อนกลับ โดยใช้กระบวนการกลุ่มของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการฝากครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์ และลดปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์

1.6.2 การฝากครรภ์ล่าช้า หมายถึง การมาฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ในตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ภายหลังจากอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

1.6.3 หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงที่มีทารกอยู่ในครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 1 - 40 สัปดาห์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.6.4 การดำเนินงาน หมายถึง วิธีปฏิบัติที่เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ตั้งแต่ขั้นตอนของ การวางแผนงาน / โครงการ การดำเนินการตามแผนงาน / โครงการ การติดตาม กำกับ การปฏิบัติงานและ การสะท้อนผลการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในชุมชน



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการฝากครรภ์
- 2.2 สถานการณ์การฝากครรภ์
- 2.3 สถานบริการรับฝากครรภ์
- 2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.5 กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการฝากครรภ์

2.1.1 ความหมายของการตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ (สุวชัย อินทรประเสริฐ, 2539: 10-14) ได้อธิบายไว้ว่า การตั้งครรภ์ เกิดจากการปฏิสนธิระหว่างไข่และอสุจิเกิดขึ้น แล้วกลายเป็นตัวอ่อน ซึ่งจะเจริญเติบโตเป็นทารกในครรภ์ของมารดาโดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมด้วย

พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี (2547) ได้อธิบายไว้ว่า การตั้งครรภ์เป็นกระบวนการที่เริ่มด้วยการปฏิสนธิ การเจริญเติบโตของไข่ที่ปฏิสนธิแล้ว เป็นตัวอ่อน เป็นเนื้อรกตามลำดับ

สุรีย์ สิมาร์กำช และธีระ ทองสง (2537: 13) ได้อธิบายไว้ว่า การตั้งครรภ์เป็นกระบวนการที่เริ่มด้วยการปฏิสนธิ (Fertilization) การเจริญเติบโตของไข่ที่ปฏิสนธิแล้ว (Fertilize Ova) เป็นตัวอ่อน (Embryo) และเนื้อรก (Trophoblast) ตามลำดับในกรณีที่ไข่ที่มีการปฏิสนธิแล้วไม่สามารถเจริญเติบโตเป็นตัวอ่อนได้เรียกว่า Occult Pregnancy ซึ่งจะไม่มีอาการแสดงของการตั้งครรภ์ให้ปรากฏ ไม่มีอาการขาดประจำเดือน เพราะเป็นระยะเวลาที่ยังไม่ครบรอบประจำเดือนมีการขาดประมาณว่า ในการตกไข่ 1000 ครั้ง ไข่มีการปฏิสนธิจำนวน 879 ใบและร้อยละ 23 ของไข่ที่ปฏิสนธิไม่สามารถฝังตัวในโพรงมดลูกหรือไม่สามารถเจริญเติบโตเป็นตัวอ่อนได้ (Cunningham et al, 1997: 582)

ลาวัลย์ สมบูรณ์ และเทียมศร ทองสวัสดิ์ (2545: 22) ได้อธิบายไว้ว่า การตั้งครรภ์ เป็นการพัฒนาการหนึ่งของช่วงชีวิตแม้มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าหรือไม่ได้วางแผนก็ตามมักมีความคิดและความวิตกกังวลเกิดขึ้น การตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ จะแบ่งออกเป็น 3 ไตรมาส คือไตรมาสที่ 1 ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงอายุ



ครรภ์ 13 สัปดาห์ ไตรมาสที่ 2 อายุครรภ์ 14 สัปดาห์ถึง 28 สัปดาห์ ไตรมาสที่ 3 อายุครรภ์ 29 สัปดาห์ถึง 42 สัปดาห์

พิชัย เจริญพานิช (2539: 4) ได้อธิบายไว้ว่า การตั้งครรภ์เกิดขึ้นเนื่องจากเชื้ออสุจิผ่านเข้าไปในช่องคลอด โพรงมดลูก และท่อนำไข่ ไปผสมกับไข่ที่ตกออกมาจากรังไข่ ในท่อนำไข่ส่วนปลาย และเคลื่อนต่ำ เข้ามาฝังตัวในโพรงมดลูก ก่อให้เกิดและพัฒนาเป็นทารกต่อไป

สุรีย์ สิมารักษ์ และธีระ ทองสง (2537: 5) ได้อธิบายไว้ว่า การตั้งครรภ์เป็นกระบวนการสร้างชีวิตใหม่ เพื่อสืบทอดสายพันธุ์ชีวิตให้ดำรงต่อไปอย่างไม่ขาดสาย การสร้างชีวิตใหม่ของมนุษย์มีขั้นตอนที่สำคัญคือ การปฏิสนธิระหว่างอสุจิและไข่ และได้ตัวอ่อน ซึ่งจะเจริญไปเป็นทารก

วัฒนา ศรีพจนารถ (2543: 18) ได้อธิบายไว้ว่า การตั้งครรภ์หมายถึง ภาวะที่สตรีตั้งครรภ์ได้กำเนิดทารกในร่างกาย โดยการรวมตัวของไข่ที่สุกแล้วกับตัวอสุจิ แล้วได้ตัวอ่อน การนับอายุครรภ์เริ่มนับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้ายแล้วนับออกมาเป็นสัปดาห์ การตั้งครรภ์ปกติใช้เวลาประมาณ 40+2 หรือ 9 เดือน (นับตามปฏิทิน) การตั้งครรภ์แบ่งออกเป็น 3 ไตรมาส (Trimester) แต่ละไตรมาสใช้เวลาประมาณ 3 เดือน หรือ 13 สัปดาห์ โดยไตรมาสที่ 1 นับอายุครรภ์ตั้งแต่วันแรกของการมีประจำเดือน ครั้งสุดท้ายจนถึง 13 สัปดาห์ ไตรมาสที่ 2 นับอายุครรภ์ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 14 จนถึง 26 สัปดาห์ ไตรมาสที่ 3 นับอายุครรภ์ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 27 จนถึง 40 สัปดาห์

Moor (2543: 55-56) ได้อธิบายไว้ว่า การตั้งครรภ์เริ่มต้นจากการปฏิสนธิ คือการที่ไข่ได้รับการปฏิสนธิกับสเปิร์ม แล้วมีการผสมกันระหว่างโครโมโซม ของพ่อแม่ และมีการแบ่งตัวในระยะของ Zygote

Auvsine และ Enriquez (1990: 22-25) ได้อธิบายไว้ว่า การตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายนี้อันทางด้านกายวิภาค สรีรวิทยา และชีวเคมี นับตั้งแต่เริ่มมีการปฏิสนธิไปจนกระทั่งระยะแรกหลังคลอด ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ ร่างกายพยายามปรับตัวและปรับการทำงานให้มีประสิทธิภาพ เพื่อเอื้ออำนวยให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนี้อันก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมตามมา

ดังนั้น การตั้งครรภ์ หมายถึง การรวมกันของไข่และสเปิร์มเซลล์ใหม่ที่เกิดขึ้นโดยมีการเจริญเติบโตก่อเกิดเป็นอวัยวะที่สมบูรณ์แบบจนกลายเป็นทารกภายในครรภ์ของมารดา โดยการเจริญเติบโตของทารกแบ่งออกเป็น 3 ไตรมาส ดังนี้

ไตรมาสที่ 1 นับอายุครรภ์ตั้งแต่วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายจนถึง 13 สัปดาห์

ไตรมาสที่ 2 นับอายุครรภ์ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 14 จนถึง 26 สัปดาห์

ไตรมาสที่ 3 นับอายุครรภ์ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 27 จนถึง 40 สัปดาห์

เป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายนี้อันทางด้านกายวิภาค สรีรวิทยา และชีวเคมี นับตั้งแต่เริ่มมีการปฏิสนธิไปจนกระทั่งระยะแรกหลังคลอด ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ ร่างกายพยายามปรับตัวและปรับการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนี้อันก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมตามมา



2.1.2 การเปลี่ยนแปลงร่างกายในระยะตั้งครรภ์

2.1.2.1 ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น มดลูกจะขยายโตขึ้นตามอายุครรภ์ ปกติมดลูกมีความจุประมาณ 10 มิลลิเมตร เมื่อตั้งครรภ์ความจุของมดลูก จะเพิ่มขึ้นระหว่าง 500-1,000 เท่า ซึ่งเมื่อใกล้คลอดมารดาอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สุขสบายหรือบางคนอาจเกิดอาการเป็นลมเมื่อนอนหงายราบ เนื่องจากมดลูกกดทับเส้นเลือดเวินาคา (Venacava) และเส้นเลือดแดงใหญ่ของช่องท้อง (Abdominal Aorta) ทำให้การไหลเวียนเลือดกลับสู่หัวใจลดลง ฉะนั้นมารดาจึงควรนอนตะแคง โดยเฉพาะการนอนตะแคงซ้ายที่จะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดไปยังมดลูกและทารกในครรภ์ได้ดี สำหรับเต้านมมีการขยายขนาดเช่นเดียวกับมดลูก มารดาอาจรู้สึกเจ็บ ตึง คัน หรืออาจมีน้ำนมไหลเล็กน้อยในช่วงใกล้คลอด การดูแลรักษาความสะอาดของเต้านมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่มารดาในระยะตั้งครรภ์ควรสนใจ

2.1.2.2 หัวใจและระบบไหลเวียนเลือดระยะตั้งครรภ์ พบว่า มารดามีอัตราการชีพจรเพิ่มขึ้นระหว่าง 10-15 ครั้งต่อนาที หัวใจเต้นเร็วขึ้นและหัวใจมีการเคลื่อนไปด้านบนข้างซ้ายเล็กน้อย จากการขยายขนาดมดลูกและดันกระบังลมขึ้นมา หัวใจจะทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะในเดือนที่ 8 ของการตั้งครรภ์ที่เป็นเช่นนี้เพราะจำนวนโลหิตในร่างกายเพิ่มขึ้นระหว่าง ร้อยละ 30 - 50 แต่การเปลี่ยนแปลงนี้จะค่อยๆ เป็นไป หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกผิดปกติ ยกเว้นผู้ที่มีอาการของโรคหัวใจ จะทำให้เกิดอันตรายได้นอกจากนั้นความดันโลหิตยังมีการเปลี่ยนแปลงเมื่ออยู่ในท่าที่แตกต่างกัน ความดันโลหิตในท่านั่งจะสูงกว่าท่านอน ท่านอนตะแคงจะต่ำกว่านอนหงาย การไหลเวียนเลือดที่ช้าลงขณะตั้งครรภ์ทำให้เกิดการคั่งของเลือดดำที่ขาทำให้เกิดเลือดขูดที่ขาได้

2.1.2.3 ระบบทางเดินอาหาร ผลของฮอริโมน (Human Chorionic Gonadotropic; HCG) และฮอริโมนโปรเจสเตอโรนที่เพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ทำให้มารดามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ ที่เรียกว่า อาการแพ้ท้อง ซึ่งอาการจะทุเลาลงและหายไปได้เองหลังจากการตั้งครรภ์ได้ 3 เดือน แต่ถ้ามารดามีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากตลอดเวลาโดยไม่ทุเลาหรือเบาบางลงเลย เรียกว่า อาการอาเจียนไม่สงบหรืออาการแพ้ท้องอย่างรุนแรง ก็ต้องรีบไปพบแพทย์ทันที นอกจากนี้ ผลของฮอริโมนเอสโตรเจนที่เพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ อาจทำให้มารดามีการบวมของเหงือก เลือดออกตามไรฟันได้ง่าย โดยเฉพาะขณะแปรงฟัน แม้ว่าเลือดออกตามไรฟันจะเป็นภาวะปกติที่พบได้ในขณะตั้งครรภ์ แต่มารดาก็ควรดูแลรักษาความสะอาดของปากและฟันทุกวัน และถ้ามีอาการผิดปกติควรปรึกษาทันตแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป รับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินอาหารที่สำคัญ และพบบ่อยอีกในระยะตั้งครรภ์ คือ อาการท้องผูก เนื่องจากอิทธิพลของฮอริโมนโปรเจสเตอโรน ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลงหรือบางคนเป็นริดสีดวงทวารได้ เมื่อตั้งครรภ์มารดาจึงควรรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผัก ดื่มน้ำมากๆ และถ่ายอุจจาระเป็นเวลา

2.1.2.4 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก น้ำหนักจะเพิ่มมากขึ้นในขณะตั้งครรภ์ประมาณ 10 - 12 กิโลกรัม มดลูกมีขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้แนวโค้งของกระดูกสันหลังส่วนเอวเปลี่ยนไปหลังจะอ่อนมารดาจึงปวดหลังบ่อย แต่มีอาการปวดหลังและเอวมักเกิดพร้อมกับมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ปัสสาวะน้อย ต้องรีบปรึกษาแพทย์ เพื่อตรวจหาโรคไต



2.1.2.5 ระบบผิวหนัง ต่อมเหงื่อและต่อมไขมันทำงานมากขึ้น มักพบว่าเหงื่อออกมากกว่าปกติโดยเฉพาะใน 3 เดือนสุดท้ายก่อนคลอด ถ้าไม่ได้รับการทำความสะอาดให้ดี จะรู้สึกรำคาญ หรือเกิดอาการคันจนถึงกับเป็นโรคผิวหนังได้ ฉะนั้นมารดาจึงควรอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย สม่ำเสมอ นอกจากนี้มารดาบางคนอาจพบหน้ามีฝ้าขึ้น เรียกว่า Mask of Pregnancy หรือ Chloasma Gravidarum เกิดจากผิวหนังมีความไวต่อการกระตุ้นของแสง มักพบหลังจากตั้งครรภ์ 4 เดือนไปแล้ว แล้วเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนคลอด แล้วค่อยจางหายไปเอง

2.1.2.6 ระบบขับถ่ายปัสสาวะ มารดาจะถ่ายปัสสาวะบ่อยใน 3 เดือนแรก และ 3 เดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ทั้งนี้ เนื่องจากมดลูกที่โตขึ้นจะไปกดทับกระเพาะปัสสาวะ (สุวชัย, 2539) ซึ่งเป็นอาการปกติ ลักษณะการถ่ายปัสสาวะของมารดาขณะตั้งครรภ์จะต้องไม่มีการปัสสาวะแสบขัด กระปริดกระปรอยหรือขุ่น กรณีที่มารดาปวดปัสสาวะไม่ควรกลั้นปัสสาวะ เพราะจะทำให้เกิดการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะได้

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์เป็นเหตุการณ์ชีวิตที่เกี่ยวข้องกับบทบาททางสังคมของสตรีการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพและ สรีระภาพส่งผลกระทบต่อภาวะทางอารมณ์และจิตใจ การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ทางสังคมก่อให้เกิดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล สภาพอารมณ์ของสตรีตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดการตั้งครรภ์และขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ สิ่งสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์คือการเป็นมารดา สตรีตั้งครรภ์จะเผชิญกับการเตรียมตนเองให้เป็นมารดาซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการของการตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมที่สำคัญในแต่ละไตรมาสมี ดังนี้

2.1.3.1 ไตรมาสที่หนึ่ง : ความไม่แน่นอน (Uncertainty) ความลังเลใจ (Ambivalence) คิดถึงแต่ตนเอง (Focus on Herself)

2.1.3.2 ไตรมาสที่สอง: สนใจทารกในครรภ์เป็นหลัก (Fetus as Primary Focus) แยกตัวจากสังคมและหลงตัวเอง (Narcissism and Introversion)

2.1.3.3 ไตรมาสที่สาม: อุทิศตนเพื่อทารก (Vulnerability) การพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น (Increasing Dependence) การเตรียมตัวเพื่อคลอด (Preparation for Birth)

1) ความไม่แน่นอน (Uncertainty)

ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต หรือสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นจริงหรือไม่ เป็นความรู้สึกแรกๆของสตรีตั้งครรภ์เมื่อมีอาการแสดงของการตั้งครรภ์ เช่น ประจำเดือนไม่มาตามกำหนด สตรีตั้งครรภ์เกิดความต้องการที่จะตรวจสอบการตั้งครรภ์โดยการสอบถามผู้อื่นที่เคยตั้งครรภ์ (เพื่อนๆ บุคคลในครอบครัว) หรือทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้แตกต่างกันในแต่ละบุคคลและเป็นปัจจัยทางสังคม สตรีตั้งครรภ์บางรายหวังที่จะมีการตั้งครรภ์ ในขณะที่หลายรายไม่ต้องการที่จะตั้งครรภ์ ส่วนมากสตรีตั้งครรภ์จะพบแพทย์เพื่อการตรวจยืนยันการตั้งครรภ์ (Confirm Pregnancy)

2) ความลังเลใจ (Ambivalence)

ภายหลังที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับการยืนยันว่าตั้งครรภ์จริง สตรีเกือบทุกคนเกิดความรู้สึกสับสนและโต้แย้งในใจที่จะตั้งครรภ์ มีความรู้สึกต้องการและไม่ต้องการเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน แม้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความต้องการที่จะมีบุตรและวางแผนการตั้งครรภ์ล่วงหน้า ความรู้สึกลังเลใจนี้เกิดขึ้นได้ เนื่องจากเมื่อได้รับการยืนยันว่ามีการตั้งครรภ์จริง กลไกทางจิตอารมณ์ของการตั้งครรภ์จะเกิด



ความโต้แย้งว่ายังไม่ใช่เวลาอันเหมาะสม ร่วมกับการรับรู้ว่าคุณจะต้องมีภาระหน้าที่เพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตใหม่ และอีกหลายประการทำให้เกิดอารมณ์สับสนและโต้แย้งในตนเอง ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์มีการตั้งครรภ์โดยไม่มีการวางแผน ความรู้สึกสับสน ลังเลใจจะเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การตัดสินใจไม่ต้องการตั้งครรภ์ต่อไป

3) คิดถึงแต่ตนเอง (Focus on Herself)

ตลอดระยะเวลาไตรมาสหนึ่ง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายก่อให้เกิดความไม่สบายต่างๆ นานา ระดับฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงทำให้สตรีตั้งครรภ์มีอาการแปรปรวนอย่างรวดเร็ว (Unstable Mood) ความต้องการทางกายภาพเกี่ยวกับการพักผ่อนเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย ทำให้สตรีตั้งครรภ์สนใจที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองเป็นหลัก เรียกร้องให้ผู้อื่นสนใจและตอบสนองตนเอง สตรีตั้งครรภ์ระยะนี้เอาแต่ใจตนเอง อ่อนไหวง่าย เปลี่ยนความต้องการรวดเร็วอาจก่อให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพกับคู่สมรสและบุคคลในครอบครัว

4) สนใจทารกในครรภ์เป็นหลัก (Fetus as Primary Focus)

ไตรมาสที่สอง สตรีตั้งครรภ์ให้ความสนใจต่อสุขภาพทารกในครรภ์ ระยะนี้สตรีตั้งครรภ์สนใจใฝ่รู้ มีความพร้อมที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ การรับประทานอาหารต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับพัฒนาการทารกในครรภ์ เป็นระยะที่สตรีตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อการตั้งครรภ์ และมีพลังสูงในการดูแลตนเอง

5) แยกตัวจากสังคม และหลงตัวเอง (Narcissism and Introversion)

ความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ระยะนี้คือการคุ้มครองและปกป้องทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมในการใส่ใจต่อเรื่องอื่น ๆ น้อยลง เช่น หน้าที่การงาน สังคมนอกบ้านเลิกปฏิบัติในสิ่งที่เกิดประโยชน์ต่อทารกในครรภ์ เช่น การรับประทานอาหาร พักผ่อน ไม่ปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่าเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ เช่น การขับรถ การมีเพศสัมพันธ์ สตรีตั้งครรภ์บางรายงดกิจกรรมนอกบ้าน ละเลยหน้าที่รับผิดชอบในบ้าน สตรีตั้งครรภ์ชอบที่จะดูรูปทารก พุดคุยถึงเรื่องราวในวัยเด็กของตนเองและสามี ผู้ที่ตั้งครรภ์หลัง จะพุดคุยกับลูกคนโตถึงทารกในครรภ์ และเตรียมลูกคนโตให้ยอมรับน้อง

6) สนใจภาพลักษณ์ (Body Image)

ไตรมาสที่สอง ร่างกายสตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างอย่างชัดเจน ร่วมกับการเกิดฝ้าและรอยแตกของผิวหนัง การสะสมไขมันตามร่างกาย การขยายใหญ่ของหน้าท้อง สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในการตั้งครรภ์ พึงพอใจกับการขยายใหญ่ของลา ตัวและหน้าท้อง สตรีตั้งครรภ์บางคนไม่พอใจที่ร่างกายมีสีคล้ำขึ้น ผิวหนังมีรอยแตก รูปร่างเปลี่ยนแปลงไป การเคลื่อนไหวที่ไม่คล่องตัวเหมือนเดิม ร่วมกับความไม่สุขสบายเกี่ยวกับกล้ามเนื้อโครงสร้างของร่างกาย สตรีตั้งครรภ์อาจมีความรู้สึกภาพลักษณ์เป็นลบ ส่งผลต่อสุขภาพจิตและปฏิบัติตนไม่เหมาะสม

7) การเปลี่ยนแปลงทางด้านเพศสัมพันธ์ (Change in Sexuality)

สตรีตั้งครรภ์มีความต้องการทางเพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายกล่าวคือในไตรมาสที่หนึ่ง ความอ่อนเพลียของร่างกายและอาการคลื่นไส้อาเจียน ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมต่อการมีเพศสัมพันธ์ ร่วมกับความวิตกกังวลว่าจะทำให้มีการแท้งบุตร สตรีตั้งครรภ์จะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ในระยะต่อมาการคั่งของเลือดที่อวัยวะในอุ้งเชิงกรานทำให้สตรีตั้งครรภ์มี



ความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น ร่วมกับความรู้สึกของผนังช่องคลอด ความมีพลังสูงในร่างกาย ทำให้สตรีตั้งครรภ์และคู่สมรสมีความรู้สึกที่ต่อการมีเพศสัมพันธ์ในระยะนี้ในไตรมาสที่สาม ขนาดหน้าท้องขยายใหญ่ ความไม่สุขสบายทางกายภาพของสตรีตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยสำคัญขัดขวางการมีเพศสัมพันธ์ ร่วมกับความกังวลว่าทารกในครรภ์จะได้รับอันตราย ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความต้องการทางเพศลดลง

8) การอุทิศตนเพื่อทารก (Vulnerability)

สืบเนื่องจากไตรมาสที่สอง สตรีตั้งครรภ์เรียนรู้เกี่ยวกับทารกในครรภ์และการปฏิบัติตนทำให้การตั้งครรภ์เป็นปกติ ตนเองมีความสุขสบาย สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สามมีความรู้สึกที่จะต้องปกป้องคุ้มครองทารกในครรภ์มากขึ้น แสดงอาการประคับประคองทารกในครรภ์ เช่น ในการเดินจะใช้มือประคองหน้าท้องอยู่ตลอดเวลา สตรีตั้งครรภ์จะหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดมีคนจำนวนมาก เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายหรือการติดเชื้อของทารกในครรภ์

9) การพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น (Increasing Dependence)

สตรีตั้งครรภ์ในเดือนสุดท้าย มีความต้องการการพึ่งพาสูง โดยเฉพาะจากคู่สมรส สตรีตั้งครรภ์คาดหวังที่จะได้รับการดูแลใส่ใจจากคู่สมรสมากกว่าปกติ และจะแสดงอารมณ์โกรธหรือไม่พอใจเมื่อคู่สมรสไม่ตอบสนองข้อเรียกร้อง สตรีตั้งครรภ์จะมีความสุขและความมั่นใจเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคู่สมรส แม้จะเป็นเพียงเรื่องเล็ก ๆ เช่น คำพูด สตรีตั้งครรภ์ระยะนี้ ต้องการความมั่นใจว่ามีบุคคลที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลาและทันทีที่ต้องการ

10) การเตรียมตัวเพื่อคลอด (Preparation for Birth)

สตรีตั้งครรภ์รับรู้การเป็นตัวตนของทารกในครรภ์ และเรียนรู้ว่าทารกเป็นอีกชีวิตหนึ่งที่มีใช้ส่วนหนึ่งของร่างกายตนเอง ความรู้สึกปกป้องทารกจะลดลง มีความต้องการที่จะเห็นหน้าตาและสัมผัสตัวจริงทารก สตรีตั้งครรภ์เริ่มคิดถึงตนเองว่าจะผ่านการคลอดอย่างไร เริ่มที่จะคิดถึงกระบวนการคลอด โดยการสอบถามจากผู้มีประสบการณ์ หลายคนวิตกกังวลว่าไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลได้ทัน หลายคนวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดในการคลอด บางคนให้ความสนใจกับวันที่ครบกำหนดคลอด อาการนำของการคลอด สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกที่ “ฉันทกำลังเป็นแม่” มีการจัดเตรียมสิ่งของเครื่องใช้สำหรับทารก พูดคุยกับคู่สมรสถึงการเลี้ยงดูบุตร ร่วมกิจกรรมการเตรียมตัวคลอด

11) พันธกิจของหญิงตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์ มีการปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ทางด้านจิตสังคม ด้วยปัจจัยภายในตนเองและการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด การปรับตัวทางจิตสังคม มีการแสดงออกเป็นพฤติกรรมเรียกว่าพัฒนาการของการตั้งครรภ์ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ (วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ และคณะ, 2543; และพวงน้อย สาครรัตน์กุล จันทิมา ขนบดี, 2547: 17)

ไตรมาสที่หนึ่ง การยอมรับการตั้งครรภ์ เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์จะรู้สึกตื่นเต้นสมหวัง ลังเลใจ และสับสน ความรู้สึกทางอารมณ์เหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์แต่ละคน การยอมรับการตั้งครรภ์ แสดงออกโดยมีการทดสอบเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ ตัดสินใจที่จะตั้งครรภ์ ตัดสินใจที่จะมาฝากครรภ์ และตรวจครรภ์

ไตรมาสที่สอง การยอมรับทารกในครรภ์ เมื่อมีการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์จะรับรู้ถึงการมีตัวตนของทารกในครรภ์ และการมีชีวิตที่เป็นอิสระ สตรีตั้งครรภ์เริ่มยอมรับความเป็นบุคคลของทารก มีจินตนาการเกี่ยวกับทารกในครรภ์ มีการพูดถึง การเรียกชื่อกำหนด



เพศ วาดภาพหน้าตาทารก สนใจติดตามการเปลี่ยนแปลงของทารกในครรภ์ โดยอาจสอบถามความสมบูรณ์ของทารก น้ำหนักทารก ท่าของทารก เมื่อมาตรวจครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ เริ่มจำแนกบทบาทการเป็นมารดาของตนเองด้วยการพูดคุยกับมารดาของตนเองถึงเหตุการณ์ในวัยเด็ก การเลี้ยงดู และการตั้งครรภ์ของมารดา

ไตรมาสที่สาม เตรียมตัวเป็นบิดามารดา ในระยะนี้ สตรีตั้งครรภ์จะมีการเตรียมตนเองเพื่อการคลอด และการเลี้ยงดูบุตรที่จะเกิดใหม่ เริ่มจัดหาเตรียมสิ่งของเครื่องใช้สำหรับทารก เรียนรู้การคลอด และความปลอดภัยของทารก รอคอยและวิตกกังวลในเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับการคลอด สตรีตั้งครรภ์จะสนใจและพร้อมที่จะปฏิบัติทุกอย่างเพื่อให้ทารกคลอดอย่างปลอดภัย

2.1.4 ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในหญิงตั้งครรภ์หลายด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การเปลี่ยนแปลงในขณะตั้งครรภ์ที่สำคัญนอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา ยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ซ้ำ เป็นผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ซึ่งมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาในระยะตั้งครรภ์ที่มีผลคุกคามต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารก ได้แก่ (ชวนพิศ นรเดชาชนท์, 2536: 18-20)

2.1.4.1 ภาวะอาเจียนไม่สงบ (Hyperemesis Gravidarum, Pernicious Vomiting of Pregnancy) หมายถึง อากาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and Vomiting) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มอาการที่เรียกกันทั่วไปว่า แพ้ท้อง (Morning Sickness) ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เวียนศีรษะปกติพบในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เริ่มมีอาการประมาณปลายสัปดาห์ที่ 4-6 อาการดีขึ้นเมื่อมีอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ แต่ถ้าอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีมากกว่าปกติ และยังคงมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเมื่ออายุครรภ์ 4 เดือน แสดงว่ามีภาวะอาเจียนไม่สงบ ภาวะอาเจียนไม่สงบจะทำให้สุขภาพเสื่อมโทรมลงอย่างมาก เป็นผลให้เกิดภาวะขาดอาหาร (Starvation) ขาดน้ำ (Dehydration) การสะสมของคีโตน (Ketosis) การขาดวิตามินในอาหาร (Avitaminosis) และภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ (Electrolyte Imbalance) ร่วมกับการขาดโปรตีนซีเซียม ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแอโดยเฉพาะกล้ามเนื้อของหัวใจ

2.1.4.2 ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension; PIH) หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดขึ้นเฉพาะในระยะตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

2.1.4.2.1 ภาวะพรีอีคลัมเซีย (Pre-Eclampsia) หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์หลัง 20 สัปดาห์ ร่วมกับการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ และหรืออาการบวมกดบวม น้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่า 2 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ แบ่งออกเป็น

1) ภาวะมายพรีอีคลัมเซีย (Mild Pre-Eclampsia) หมายถึง หญิงมีครรภ์ที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic) ไม่เกิน 160 มม.ปรอท หรือค่าความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (Diastolic) ไม่เกิน 110 มม.ปรอท ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะน้อยกว่า 5 กรัม/ลิตร (1-2 บวก) ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และ / หรือมีอาการบวมกดบวม

2) ภาวะซีเวียพรีอีคลัมเซีย (Severe Pre-Eclampsia) หมายถึง หญิงมีครรภ์ที่มีภาวะดังต่อไปนี้



2.1) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic) 160 มม.ปรอท หรือมากกว่า หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic) 110 มม.ปรอท หรือมากกว่าโดยวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมง

2.2) ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ 5 กรัม/ลิตร (3-4 บวก) หรือมากกว่าในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

2.3) ปัสสาวะ 500 ซีซี หรือน้อยกว่า ภายใน 24 ชั่วโมง หรือน้อยกว่า 100 ซีซี ต่อ 4 ชั่วโมง

2.4) น้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่า 2 กิโลกรัมต่อสัปดาห์

2.5) บวมทั้งตัว มีน้ำคั่งในปอด

2.6) เกร็ดเลือดต่ำ หรือเม็ดเลือดแตก

2.7) เซลล์ตับถูกทำลาย จะมีอาการปวดชายโครงขวา

2.8) ทารกเจริญเติบโตน้อยกว่าปกติ

2.1.4.2.2 ภาวะอีแคลมเซีย (Eclampsia) หมายถึง หญิงมีครรภ์ที่มีอาการของซีเรียปริอีแคลมเซีย (Severe Pre-Eclampsia) ร่วมกับการชักเกร็ง หดสติ ทั้งนี้การชักจะต้องไม่มีสาเหตุของภาวะอื่น เช่น ลมบ้าหมู โรคของสมองผลที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

1) ผลต่อมารดา ได้แก่ การลอกตัวของรกก่อนกำหนด การมองเห็นผิดปกติเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงที่ตา ระบบหายใจล้มเหลวเนื่องจากมีน้ำคั่งในปอด มีอาการชักเนื่องจากการบวมที่สมองปวดศีรษะมากเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดเลือดในสมอง ซึ่งร้อยละ 8 ของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ที่เป็นภาวะอีแคลมเซีย (Eclampsia) จะเสียชีวิตสาเหตุการตาย คือ เลือดออกในสมองและหัวใจล้มเหลว

2) ผลต่อทารก ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากรกลอกตัวก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดที่รกน้อย ทารกขาดออกซิเจนเนื่องจากรกมีการเสื่อม สภาพขาดเลือดไปเลี้ยง และเสียชีวิตเนื่องจากการตายของเนื้องอก ซึ่งอัตราการตายทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่า ร้อยละ 10 เกิดจากภาวะปริอีแคลมเซีย (Pre-Eclampsia) และร้อยละ 20 เกิดจากภาวะอีแคลมเซีย (Eclampsia)

2.1.4.3 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (Anemia in Pregnancy) ตามมาตรฐานของประเทศตะวันตกถือว่าภาวะเลือดจางเกิดขึ้นแล้วถ้าผู้ป่วยมีฮีโมโกลบินน้อยกว่าร้อยละ 10 กรัม เมื่อตั้งครรภ์ได้ครบกำหนด หรือถ้าฮีโมโกลบินน้อยกว่าร้อยละ 14 กรัมในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ อาจพบได้มากกว่าร้อยละ 60 โดยขึ้นอยู่กับภูมิลำเนา เศรษฐกิจอายุ และจำนวนบุตร

ผลของภาวะโลหิตจาง

1) ผลต่อมารดา ได้แก่ การแท้งบุตร การตกเลือดหลังคลอดมีโอกาสมากสูงขึ้นในระยะหลังคลอด แผลจะหายช้าและมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ในรายที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรง (ระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 6 กรัม) เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้

2) ผลต่อทารก ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าปกติ อัตราตายของทารกเพิ่มขึ้นเนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด ปอดไม่สมบูรณ์ ตัวเหลือง ติดเชื้อง่าย และจากการช็อกช่วงระหว่างการคลอด



2.1.5 การตกเลือดก่อนคลอด (Antepartum Hemorrhage) หมายถึง การเสียเลือดออกทางช่องคลอดนับตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ จนกระทั่งก่อนทารกคลอด (ชวนพิศ นรเดชาชนท์, 2536: 20-22) การตกเลือดก่อนคลอดจะไม่พบสาเหตุแน่ชัด ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากภาวะรกเกาะต่ำ และภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะกล่าวเฉพาะการตกเลือดก่อนคลอดที่มีสาเหตุจากภาวะรกเกาะต่ำ และภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดดังนี้

2.1.5.1 ภาวะรกเกาะต่ำ (Placenta Previa) หมายถึง การที่รกเกาะและฝังตัวบริเวณส่วนล่างของมดลูก (Lower Uterine Segment) หรือคลุมบริเวณปากมดลูกด้านใน (Cervical Internal Os) แทนที่จะมีการเกาะและฝังตัวที่บริเวณส่วนบนของมดลูก ซึ่งเป็นตำแหน่งของการเกาะและฝังตัวตามปกติของรก

ผลของภาวะรกเกาะต่ำ

1) ผลต่อมารดา ได้แก่ การตกเลือดทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด ซึ่งในระยะตั้งครรภ์จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด ถ้าตกเลือดมากจะทำให้ช็อกได้ ส่วนการตกเลือดหลังคลอดเกิดจากมดลูกส่วนล่างมีการหดตัวไม่ดี จึงไม่สามารถบีบรัดหลอดเลือดบริเวณที่รกลอกตัวให้ปิดได้นอกจากนั้นทำให้เกิดการติดเชื้อเนื่องจากการอักเสบ (Placentatitis) และมดลูกกลับคืนสู่สภาพเดิมช้ากว่าปกติ

2) ผลต่อทารก ได้แก่ ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ท่าขวาง ท่าเฉียง ท่าก้นและเกิดความผิดปกติในระบบประสาท ระบบการไหลเวียนของโลหิต ระบบการหายใจและระบบทางเดินอาหาร นอกจากนี้ยังมีผลให้ทารกเจริญน้อยกว่าปกติ มีภาวะซีด เนื่องจากเลือดที่ออกในภาวะรกเกาะต่ำประมาณร้อยละ 10 เป็นเลือดของทารกเอง กล่าวคือ ถ้ามารดามีการเสียเลือด ทารกจะมีภาวะซีดมาก

2.1.5.2 ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Placenta Abruptio, Abruptio Placentae, Accidental Haemorrhage, Premature Separation of the Normally Placenta) หมายถึง การแยกตัวของรกที่เกาะอยู่บริเวณตำแหน่งปกติ คือ ส่วนบนของมดลูกหลุดออกจากผนัง โพรงมดลูกก่อนทารกคลอดอาจหลุดทั้งหมดหรือบางส่วน ซึ่งจะทำให้มีเลือดออกทางช่องคลอดก่อนทารกคลอด หรือมีเลือดขังอยู่ในโพรงมดลูก แต่ส่วนใหญ่มักพบร่วมกัน

ผลของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

1) ผลต่อมารดา ได้แก่ เกิดอาการช็อก (Shock) เนื่องจากการสูญเสียเลือดมาก การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ภาวะไตวาย มดลูกแตกเนื่องจากมดลูกหดตัวเร็วกว่าปกติ ภาวะเลือดแม่และเลือดลูกไม่เข้ากัน (Rh Incompatibility) จากเลือดของทารกไหลเข้าไปในกระแสโลหิตของมารดาถ้ามารดามี Rh ผลลบ และภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 25 ของมารดาที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

2) ผลต่อทารก ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนจากการที่มารดาเสียเลือด ทารกเสียเลือดและมดลูกหดตัวถี่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด พบร้อยละ 35 น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติมีความผิดปกติแต่กำเนิด ภาวะซีดและทารกมีการติดเชื้อ

2.1.6 ถุงน้ำคร่ำแตกหรือรั่วออกก่อนกำหนดคลอด (Rupture or leaking of the Amniotic Fluid) หมายถึง การที่ถุงน้ำหุ้มตัวเด็กแตกหรือรั่วก่อนการเจ็บครรภ์ พบได้ร้อยละ 10-15 ของหญิงตั้งครรภ์ครบกำหนดคลอด หรือร้อยละ 17 ของหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด



2.1.6.1 สาเหตุ

ไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากส่วนนำของเด็กไม่เข้าสู่อุ้งเชิงกราน ทำเด็กผิดปกติ ครรภ์แฝด มีการอักเสบเรื้อรังของระบบทางเดินปัสสาวะ สาเหตุจากมดลูก และภาวะทุพโภชนาการ เช่น ขาดวิตามินซี

2.1.6.2 ผลกระทบต่อสุขภาพ

ถ้ามีการรั่วหรือซึมออกเพียงเล็กน้อยก็จะดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปได้ แต่ถ้ารั่วออกมาก และนาน จะทำให้คลอดยาก และถ้าไหลออกมาทันทีอาจทำให้สายสะดือไหลออกมามีผลทำให้ทารกเสียชีวิต เพราะสายสะดือถูกเบียด หรือถูกน้ำรั่วเกิน 24 ชั่วโมง จะมีการติดเชื้อโรคปนเข้าไปในถุงน้ำได้ เกิดการอักเสบและลูกกลมเข้าช่องท้อง ถ้าได้รับการรักษาไม่ดีหรือไม่ทันท่วงทีจะทำให้ หญิงตั้งครรภ์ และทารกติดเชื้ออย่างรุนแรงและเสียชีวิตได้

2.1.6.3 การปฏิบัติ

1) คอยสังเกตอาการผิดปกติ ถ้ามีน้ำเดินออกทางช่องคลอดให้รีบมาพบแพทย์ทันที และรักษาความสะอาดของช่องคลอด

2) มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งเพื่อได้รับการตรวจรักษาและค้นหาความผิดปกติต่างๆ

2.1.7. หัดเยอรมัน (Rubella)

หัดเยอรมันหรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า โรคหัดเกิดจากเชื้อไวรัสชื่อ Rubella Virus มีระยะฟักตัวของโรค 12-28 วัน (เฉลี่ย 2 สัปดาห์)

2.1.7.1 อาการ

1) มีอาการคล้ายเป็นหวัด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เจ็บคอ เยื่อตาอักเสบ และเหมือนเป็นหวัด จะมีไข้ต่ำ ไม่รุนแรง หรือไม่ปรากฏอาการไข้เลย โดยเฉพาะในเด็ก

2) คลำพบต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณหลังหูและคอ- ต่อมา 1-5 วัน จะเริ่มมีผื่นเม็ดละเอียดสีแดง มักเริ่มขึ้นที่หน้า คอ แขน ขา และกระจายทั่วตัว บางคนอาจมีอาการคันร่วมด้วย ผื่นนี้จะหายไปได้ใน 3-4 วันบางครั้งจะเรียกว่า “ไข้หวัด 3 วัน”

3) อาจพบอาการปวดข้อและคออักเสบร่วมด้วย

2.1.7.2 การติดต่อ

การติดต่อทางระบบหายใจ เชื้อไวรัสของหัดเยอรมันจะปะปนอยู่ในน้ำมูก น้ำลาย ละอองเสมหะของผู้เป็นโรคนี้นี้ เชื้อไวรัสจะอยู่ในลำคอของผู้ป่วยในระยะ 1 สัปดาห์ ก่อนและหลังผื่นขึ้น

2.1.7.3 อันตรายของหัดเยอรมัน

ถ้าหญิงตั้งครรภ์ระยะ 3-4 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ ได้รับเชื้อไวรัสจะผ่านจากหญิงตั้งครรภ์ไปสู่ทารกทางสายสะดือ ทำให้แท้งหรือเด็กในครรภ์ที่คลอดออกมาพิการแต่กำเนิดได้ เช่น ตาเป็นต้อกระจก ตับและม้ามโต สมออักเสบ ข้ออักเสบ ปวดข้อ มักพบในข้อใหญ่ๆ เช่น ข้อสะโพก ข้อไหล่ อาจใช้เวลาหลายเดือนกว่าจะหาย

2.1.7.4 การป้องกัน

- 1)สตรีวัยรุ่นควรไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันหัดเยอรมันก่อนแต่งงาน
- 2) หญิงตั้งครรภ์หลังคลอดบุตรใหม่ๆ สามารถฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้นี้
- 3) ผู้ที่เคยเป็นโรคนี้นี้แล้ว หรือเคยได้รับวัคซีน จะมีภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต



2.1.7.5 การปฏิบัติ

ระยะมีไข้หรือออกผื่นต้องแยกของใช้ทุกชนิด ไม่ใช่ของปะปนกับผู้อื่น ดื่มน้ำมาก ๆ และรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ผลไม้หลายๆ ควรนอนพักผ่อนอยู่กับบ้าน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ถ้าไข้สูงมาก ไม่ลด อาจมีข้อและสมองอักเสบ ควรไปพบแพทย์โดยเร็ว

2.1.7.6 ข้อจำกัด

1) ในหญิงตั้งครรภ์ห้ามฉีดวัคซีนนี้
 2) สตรีที่ฉีดวัคซีนป้องกันบาดเจ็บบนแล้ว ต้องคุมกำเนิด 3 เดือน
 3) หญิงตั้งครรภ์ถ้าไปสัมผัสกับเด็กที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน จะไม่มีอันตรายใด ๆ

4) การฉีดวัคซีนหลังจากสัมผัสโรคแล้วไม่สามารถป้องกันโรคได้

2.1.8 จุดมุ่งหมายของการฝากครรภ์

การฝากครรภ์มีจุดมุ่งหมายดังนี้

2.1.8.1 เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถที่จะรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงสมบูรณ์ตลอดการตั้งครรภ์ จนกระทั่งคลอดบุตร

2.1.8.2 เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้ผ่อนคลายความเครียดหรือความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ และการคลอด

2.1.8.3 เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับทราบขั้นตอนต่างๆในการคลอด รวมถึงหัตถการต่างๆ ที่อาจจะจำเป็น พร้อมทั้งทราบถึงภาวะแทรกซ้อนและผลดี ผลเสียที่จะติดตามมา

2.1.8.4 เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดรวมถึงการวางแผนครอบครัว

2.1.8.5 เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอด ตลอดจนมีเจตคติที่ดีต่อการคลอด

2.1.8.6 เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม

2.1.8.7 เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถคลอดบุตรที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

2.1.8.8 เพื่อตรวจและรักษาความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์

2.1.8.9 เพื่อสามารถป้องกันหรือวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้โดยเร็วที่สุด และสามารถวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (ปริษา วาณิชยเศรษฐกุล, 2546; ศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล, 2548)

2.1.9 การดูแลสตรีตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์ควรจะเริ่มฝากครรภ์ให้เร็วที่สุดเมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำต่าง ๆ เช่นเดียวกับคำแนะนำก่อนการตั้งครรภ์และยังต้องเน้นให้สตรีตั้งครรภ์เห็นประโยชน์ของการฝากครรภ์ที่สม่ำเสมอ โดยมีจุดประสงค์ที่สำคัญ 3 ประการ

2.1.9.1 ประเมินสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก

2.1.9.2 ประเมินอายุครรภ์ของทารก

2.1.9.3 วางแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งคลอด



2.1.10 ขั้นตอนในการฝากครรภ์

2.1.10.1 การซ้กประวัติ

การซ้กประวัติสตรีตั้งครรภ์จะต้องทำเช่นเดียวกับการซ้กประวัติผู้ป่วยทั่วไป ข้อมูลต่างๆจะต้องมีการจดบันทึกอย่างละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่อื่นๆในหน่วยฝากครรภ์สามารถที่จะแปลผลได้อย่างถูกต้อง และสามารถวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การซ้กประวัติในสตรีตั้งครรภ์จะต้อง ประกอบไปด้วย

1) ประวัติส่วนตัว ได้แก่

1.1) อายุ สตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี หรือสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ได้สูงกว่าปกติ เช่นภาวะครรภ์เป็นพิษ บ่อยครั้งที่สตรีกลุ่มนี้จะมีควมวิตกกังวลค่อนข้างสูงเกี่ยวกับความผิดพลาดของตนเอง ทารกในสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยจะยังมีพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจที่ไม่ดีพอ หรือร่างกายอาจจะยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

1.2) อาชีพ ช่วยบ่งบอกถึงสภาพทางเศรษฐกิจ และรายได้ของสตรี ซึ่งจะเกี่ยวเนื่องไปถึงภาวะโภชนาการ และชีวิตความเป็นอยู่ อาชีพบางอย่างอาจจะต้องได้รับการแนะนำในการปฏิบัติงาน หรืออาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาชีพนั้น ๆ ได้ เช่น การทำงานในโรงงาน สารเคมีหรือการทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรกล

1.3) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เช่นโรคเบาหวาน โรคโลหิตจาง โรคความดันโลหิตสูง หรือเคยรับการผ่าตัด โรคหรือภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดได้

1.4) ประวัติการใช้ยาและการแพ้ยา ยาบางชนิดอาจทำให้เกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์ ประวัติการแพ้ยาช่วยในการวางแผนการรักษาเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยานั้น ๆ

1.5) ประวัติการคุมกำเนิด โดยเฉพาะการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ปัจจุบัน การหยุดกินยา หรือฉีดยาคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ไม่นานนัก อาจจะมีผลต่อการกำหนดประจำเดือนครั้งสุดท้าย ซึ่งจะทำการคาดคะเนอายุครรภ์จากประจำเดือนครั้งสุดท้ายคลาดเคลื่อนไป

2) ประวัติครอบครัว

2.1) ประวัติสามี ได้แก่ อายุ อาชีพ ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงสภาพทางเศรษฐกิจ และอาจจะทราบถึงสถานะภาพสมรสของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งอาจจะทำให้มีผลต่อการตั้งครรภ์

2.2) โรคทางพันธุกรรมและโรคติดต่อ ซึ่งอาจปรากฏให้เห็นได้ระหว่างการตั้งครรภ์เช่นโรคโลหิตจาง โรคธาลัสซีเมีย

2.3) ประวัติการตั้งครรภ์แฝด ถ้ามีประวัติการตั้งครรภ์แฝดในครอบครัว โดยเฉพาะทางฝ่ายสตรี ก็อาจจะมีโอกาสที่จะตั้งครรภ์แฝดสูงชันกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติครรภ์แฝดในครอบครัว

3) ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด สิ่งที่ต้องทราบ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การแท้ง และการคลอดบุตรทั้งครบตามกำหนดและก่อนกำหนด อาการผิดปกติที่พบระหว่างการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง ระยะเวลาห่างของการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง วิธีการคลอด อาการผิดปกติที่พบระหว่างการคลอด ข้อมูลทารกที่คลอด



4) ประวัติครรภ์ปัจจุบัน ได้แก่ ประวัติประจำเดือน กำหนดวันคลอด ประวัติการ
 ดิ้นของทารก อาการในระหว่างตั้งครรภ์

2.1.10.2 การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ และการตรวจภายใน (ปริษา วาณิชเศรษฐ
 กุล, 2546; และศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล, 2548: 17)

1) การตรวจร่างกาย ได้แก่ การวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และการตรวจ
 ร่างกายทุกระบบ รวมทั้งการตรวจเต้านม ทั้งนี้เพื่อประเมินสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ในเบื้องต้น

2) การตรวจครรภ์ ได้แก่ การตรวจครรภ์ทางหน้าท้องเพื่อวินิจฉัยท่าและตำแหน่งของ
 ทารกโดยวิธี Leopold's Maneuver

3) การตรวจภายใน ควรจะทำในสตรีที่มาฝากครรภ์ทุกรายถ้าสามารถจะทำได้
 โดยเฉพาะในกรณีที่มีปัญหา หรือข้อสงสัยบางอย่าง การตรวจภายในก็มีประโยชน์ได้แก่

3.1) การวินิจฉัยการตั้งครรภ์และประเมินอายุครรภ์ โดยเฉพาะในระยะแรกๆ ของ
 การตั้งครรภ์ ประมาณอายุครรภ์ 6 สัปดาห์ขึ้นไป จะพบว่าที่คอของปากมดลูกจะมีลักษณะนุ่ม และมี
 ลักษณะสีแดงอมน้ำเงิน (Bluish Discoloration) ประมาณอายุครรภ์ 7-8 สัปดาห์ จะคลำได้มดลูกโต
 ขึ้นกว่าปกติ ลักษณะเป็น Globular Shape และนุ่มขึ้น ประมาณอายุครรภ์ 10 สัปดาห์ จะรู้สึกว่
 มดลูกโตขึ้นชัดเจน และในบางรายอาจคลำได้เหนือกระดูกหัวเหน่า

3.2) การมีประวัติตกขาว หรือสงสัยว่าจะมีความผิดปกติที่ช่องคลอดหรืออวัยวะ
 สืบพันธุ์ภายนอก เช่น คัน มีกลิ่น แสบขัด มีแผล หรือตรวจปัสสาวะพบมีเม็ดเลือดขาวหรือโปรตีน
 เป็นต้น

3.3) การมีเลือดออกทางช่องคลอด โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 1 หรือไตรมาสที่ 2 เพื่อ
 การวินิจฉัยภาวะแท้งที่ถูกต้อง และสาเหตุของการมีเลือดออกที่ไม่ได้มาจากในโพรงมดลูก

3.4) การประเมินสภาพช่องเชิงกรานและสภาพของปากมดลูก ส่วนใหญ่จะเน้นใน
 สตรีที่ใกล้ครบกำหนด หรือครรภ์ที่เกินกำหนด เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป

3.5) ภาวะอื่น ๆ เช่น Incompetence Cervix หรือสงสัยว่าจะมีเนื้องอกในช่อง
 คลอดหรือในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น

2.1.10.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เป็นการตรวจเพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ เมื่อทราบความ
 ผิดปกติอาจจะต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติม ทั้งนี้เพื่อการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง เพื่อการรักษา และเพื่อการ
 ติดตามการดำเนินของโรค การตรวจที่ทำเป็นประจำในสตรีที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ได้แก่

1) การตรวจ Complete Blood Cell Count (CBC) ประกอบด้วย การหาปริมาณ
 ความเข้มข้นของเลือด ประกอบด้วย Hemoglobin Hematocrit การดูลักษณะของเม็ดเลือด การนับ
 จำนวนเม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือด เป็นต้น สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ Hemoglobin หรือ Hematocrit ถ้า
 หากพบว่าสตรีมีภาวะโลหิตจางคือ Hb < 11 g/dl ในไตรมาสที่ 1 และ 3 หรือ Hb < 10.5 g/dl ในไตร
 มาสที่ 2 จำเป็นต้องตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุของภาวะเลือดจาง ทั้งนี้เพราะภาวะเลือดจาง
 อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น คลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์หรือฮาล์ส
 ซีเมีย



2) การตรวจปัสสาวะ เพื่อตรวจหาภาวะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะทั้งนี้ พบ อุบัติการณ์การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะเพิ่มขึ้นมากระหว่างตั้งครรภ์ บางครั้งก็อาจไม่มีอาการแสดงอะไรเลย (Asymptomatic Bacteriuria) หรืออาจจะมีอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบบางราย ลุกลามเป็นกรวยไตอักเสบ (Pyelonephritis) นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะความดันโลหิตสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่นการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในการตรวจหาโปรตีน และน้ำตาลในปัสสาวะ ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์

3) การตรวจหาหมู่เลือด โดยเฉพาะ ABO และ Rh Blood Group มีประโยชน์ในแง่ที่สตรีตั้งครรภ์และแพทย์ผู้ทำการรักษาจะได้เตรียมพร้อมในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์มีหมู่เลือดที่หายาก การมีหมู่เลือด Rh negative และสามีของสตรีตั้งครรภ์มีหมู่เลือด Rh positive อาจทำให้เกิดภาวะ Blood Incompatibility ทำให้เกิดภาวะ Hydrops Fetalis และทำให้ทารกเสียชีวิตได้

4) การตรวจโรคซิฟิลิส หรือตรวจ VDRL เป็นการตรวจ Screening Test เพื่อหาการติดเชื้อซิฟิลิส ถ้าตรวจได้ผลเป็น Reactive ต้องตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA และถ้าพบว่าติดเชื้อจริงต้องรับการรักษาทันที เพื่อป้องกันการติดเชื้อไปยังทารกในครรภ์ หรือป้องกันไม่ให้ทารกได้รับอันตรายจากเชื้อนี้

5) การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบนิดบี เพื่อตรวจว่าสตรีตั้งครรภ์เป็นพาหะของเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบนิดบีหรือไม่ เพราะสามารถแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบนิดบีไปยังทารกในครรภ์ได้ ทำให้ทารกติดเชื้อ หรือเป็นพาหะเชื้อไวรัสตับอักเสบนิดบีต่อไป ทารกที่คลอดจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจเลือด HBs Ag ให้ผลบวก ควรจะได้รับ Active และ Passive Immunization ตั้งแต่แรกคลอด เพื่อป้องกันไม่ให้ทารกเกิดโรคตับอักเสบนิดบี หรือเป็นพาหะของโรคต่อไป

6) การตรวจหาเชื้อเอชไอวี ควรทำในสตรีที่ได้รับคำปรึกษาก่อนการเจาะเลือดและควรเป็นไปด้วยความสมัครใจเนื่องจากมีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์สูงขึ้นและอาจทำให้ติดเชื้อไปสู่ทารกได้ร้อยละ 7-39 ถ้าตรวจพบผลการตรวจ Anti-HIV ให้ผลบวกต้องตรวจยืนยันด้วยวิธี Enzyme-linked Immune Sorbent Assay (ELISA)

7) การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เช่น การตรวจหา Rubella IgM

2.1.10.4 การประเมินสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และทารก และการวินิจฉัยภาวะครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง

ทำได้ตั้งแต่การมาฝากครรภ์ครั้งแรก จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังจากนั้นจะเป็นการตรวจติดตามเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ประเมินการเจริญเติบโตและสุขภาพของทารกในครรภ์ตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง มักจะนัดตรวจทุก 4 สัปดาห์ใน 28 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ นัดตรวจทุก 2-3 สัปดาห์ระหว่างอายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ และนัดตรวจทุกสัปดาห์หลังจากอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ สิ่งที่แพทย์ต้องประเมินได้แก่ การประเมินอายุครรภ์ การวินิจฉัยภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่

1) การประเมินอายุครรภ์ ปัญหาเรื่องอายุครรภ์ที่ไม่แน่นอน หรือไม่ชัดเจนเป็นปัญหาที่พบบ่อย และเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดในการวางแผนการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ การประเมินอายุครรภ์อาจประเมินได้หลายปัจจัยดังนี้ การมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย การทราบวันที่มีไข่ตก การ



ตรวจภายใน การรู้สึกถึงการเคลื่อนไหวของทารก สามารถตรวจได้ด้วยเครื่องตรวจมดลูกคลื่นความถี่สูง (จิตเกษม สุวรรณรัตน์, 2549)

2) การวินิจฉัยภาวะครรภ์ความเสี่ยงสูง

2.1) อายุ สตรีที่มาอายุน้อย มีโอกาสจะคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และคลอดยาก สาเหตุอาจจะเนื่องจากภาวะทุพโภชนาการ หรือร่างกายโดยเฉพาะกระดูกเชิงกรานยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ สตรีที่อายุมากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงของการคลอดบุตรที่มีโครโมโซมผิดปกติ

2.2) จำนวนการคลอดบุตร สตรีที่เคยมีบุตรหลายคน มีโอกาสเกิดภาวะ Placenta Previa สูงขึ้น และมีความเสี่ยงที่จะตกเลือดหลังคลอดสูงขึ้น

2.3) ความสูง สตรีตั้งครรภ์ที่สูงน้อยกว่า 140 ซม. ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ Cephalopelvic Disproportion

2.4) น้ำหนัก สตรีที่น้ำหนักน้อยกว่า 35 กิโลกรัมก่อนตั้งครรภ์ หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 7 กิโลกรัมตลอดการตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยหรือภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine Growth Restriction) ภาวะทุพโภชนาการ

2.5) ความผิดปกติทางสุติกรรม ได้แก่ การมีเลือดออกระหว่างการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ภาวะ Preeclampsia และ Eclampsia ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกมีความพิการแต่กำเนิด ทารกตายในครรภ์

2.6) ผลตรวจเลือดผิดปกติ เช่น VDRL ให้ผล Reactive, HBs Ag ให้ผลบวก หรือ Anti-HIV ให้ผลบวก

2.7) โรคเบาหวาน หรือประวัติการเป็นโรคเบาหวานในครอบครัว

2.8) โรคเลือด ได้แก่โรคโรคโลหิตจางจากสาเหตุต่างๆเช่นโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคธาลัสซีเมีย

2.9) โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ประมาณ 5-10 ของการตั้งครรภ์ อุบัติการณ์นี้พบได้แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ในประเทศไทยภาวะนี้มีความสำคัญเพราะเป็นสาเหตุการตายของมารดาเป็นอันดับ 3 รองจากการเสียเลือด และการติดเชื้อ (อุ๋นใจ กอนันตกุล, 2549)

สรุปจากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ความจำเป็นในการฝากครรภ์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ จะเห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์มีจำนวนมากทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น อาจเกิดการตายของมารดา การตายของทารกตั้งแต่ในครรภ์ เด็กแรกคลอด น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น รวมทั้งปัญหาทางด้านสังคมและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ด้วย ดังนั้นการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่เกิน 12 สัปดาห์) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ได้รับการแก้ไขและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการป้องกันปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์เพื่อให้มีแนวทาง / วิธีการในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป



2.2 สถานการณ์การฝากครรภ์

จากสถานการณ์สุขภาพอนามัยแม่และเด็ก พ.ศ. 2552 - 2554 (กนกวรรม ใจพิงค์, 2554) พบว่ามีอัตราส่วนการตายของมารดาต่อแสนการเกิดมีชีพเท่ากับ 10.17 (ปี 2552) (เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่เกิน 18 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กร้อยละ 12.30 สูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 อัตราการตายของทารกแรกเกิดเท่ากับ 11.3 (ปี 2553) โดยเป้าหมายอัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อ 1,000 และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.8 (ปี 2554) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7

จากสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็กยังมีปัญหาที่ส่งผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายหรือตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการฝากครรภ์ให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการฝากครรภ์มีความสำคัญอย่างมากสำหรับมารดาและทารก เพราะจุดมุ่งหมายในการฝากครรภ์นั้น เพื่อให้แน่ใจว่ามารดาและทารกในครรภ์มีสุขภาพดี แข็งแรงตลอดการตั้งครรภ์ นอกจากนี้แพทย์เจ้าของไข้ยังให้การวินิจฉัยภาวะเสี่ยงและผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นต่อมารดาและบุตรในครรภ์ (Villar, 1997) ระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น การตายของมารดา (Golding, 1989) การตายของทารก การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น และหากมีปัญหาหรือสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ มารดาจะได้รับปรึกษาแพทย์และเข้ารับการรักษาได้ทันเวลาที่ โดยการฝากครรภ์ครั้งแรกอาจเริ่มที่อายุครรภ์ไม่เกิน 3 เดือน หรือไม่เกิน 12 สัปดาห์ หากมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอาจทำให้เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์หลายประการ เช่น การตายของมารดา การตายของทารกตั้งแต่ในครรภ์ เด็กแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเสียโอกาสในการได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค การได้รับการเสริมธาตุเหล็ก การได้รับการให้สุศึกษาเกี่ยวกับการบริโภค การตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย การตรวจอัลตราซาวด์ เป็นต้น (สมิต ประสันนาการ, 2554)

จากการศึกษาสถานการณ์การฝากครรภ์ล่าช้าของประเทศไทย พบว่า มีอัตราหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ล่าช้าปี 2552 ร้อยละ 60.67 และปี 2553 ร้อยละ 57.61 (ระบบรายงานเฉพาะกิจ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว, 2554) ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเพียงเล็กน้อย ส่วนอัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ในเขตเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่าอัตราการฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ เท่ากับ ร้อยละ 44.15, 43.13 และ 47.37 ตามลำดับ (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ อำเภอเดชอุดม, 2554) ในปีงบประมาณ 2554 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้กำหนดระดับความสำเร็จอัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2553: 14) แสดงว่าการดำเนินงานฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ยังเป็นปัญหาที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อสุขภาพพลานามัยที่ดีของมารดาและทารกในครรภ์

นโยบายส่งเสริมการฝากครรภ์ตามกำหนด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2553-2556



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2553-2556 กำหนดให้ อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์มากกว่าหรือเท่ากับ 50

สูตรการคำนวณ อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ มีดังนี้

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ในช่วงเวลาที่กำหนด X 100 / (จำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน)(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2553: 14)

2.3 สถานบริการรับฝากครรภ์

สถานบริการรับฝากครรภ์ประกอบด้วยทั้งภาครัฐและเอกชน การขอเข้ารับบริการส่วนใหญ่คำนึงถึง สิทธิการรักษาเป็นหลัก เช่น สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิสาหกิจ ประกันสังคม ชำระเงินเองการเลือกเข้ารับบริการในแต่ละสถานพยาบาลมีความหลากหลาย ขึ้นกับหลายปัจจัยด้วยกัน ทั้งเรื่องเศรษฐกิจ สังคม ความสะดวก เป็นต้น จังหวัดลำพูนเปิดบริการรับฝากครรภ์แบ่งออกเป็นสถานบริการภาครัฐ 3 ระดับ ได้แก่ บริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ บริการตติยภูมิ

สถานบริการปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัยทั้งหมดในจังหวัด ซึ่งได้พัฒนาศักยภาพมาตรฐานบริการ และขีดความสามารถตามแนวทางของสำนักงานประกันสังคม ซึ่งกำหนดให้ทุกสถานีอนามัยต้องผ่านมาตรฐานจึงจะได้รับเงินงบประมาณสนับสนุน บริการฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยประกอบไปด้วยการประเมินสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก ประเมินอายุครรภ์ของทารก และการวางแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งคลอดโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและหรือพยาบาลวิชาชีพ จากนั้นจึงส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการตรวจอีกครั้งโดยแพทย์ ณ สถานบริการทุติยภูมิ

สถานบริการทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลประจำอำเภอทั้งหมดในจังหวัด แต่ละโรงพยาบาลจะมีแพทย์ประจำ และแพทย์หมุนเวียนใช้ทุน บริการรับฝากครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ที่สถานีอนามัยส่งตัวมา การบริการรับฝากครรภ์ประกอบด้วยการประเมินสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก ประเมินอายุครรภ์ของทารก และการวางแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งคลอดโดยแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางเฉพาะบางโรงพยาบาลเท่านั้น หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงสูง จะส่งตัวผู้ป่วยไปยังสถานบริการตติยภูมิต่อไป

สถานบริการตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ มีแพทย์เฉพาะทางด้านสูตินรีเวชในการบริการรับฝากครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบและหญิงตั้งครรภ์ที่ส่งตัวมาจากสถานบริการทุติยภูมิ การบริการรับฝากครรภ์ประกอบด้วยการประเมินสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก ประเมินอายุครรภ์ของทารก และการวางแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งคลอดกรณีพบผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงสูง และต้องทำการวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อดูภาวะเสี่ยงนั้นเช่น Down's Syndrome หรือ Thalassemia Disease จะส่งตัวผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นต่อไปเช่น โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ให้บริการโดยสูติแพทย์ บริการรับฝากครรภ์ประกอบด้วยการประเมินสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก ประเมินอายุครรภ์ของทารก และการวางแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งคลอด



2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ได้มีผู้รู้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไว้ดังนี้

วิชัย วงษ์ใหญ่ (2537: 10) และ กิตติพร ปัญญาภิบาล (2540: 9) ได้อธิบายไว้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นลักษณะการดำเนินการของวงจรรบันไคเวียน (Spiral) เป็นการศึกษาค้นคว้าเพื่อแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติจริงมาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและพัฒนาคุณภาพของงานที่ตนกำลังปฏิบัติอยู่และข้อมูลที่รวบรวมได้ระหว่างดำเนินงานเป็นฐานของการปรับแก้ในขั้นถัดไป ซึ่งสอดคล้องกับ บุญมี พันธุ์ไทย (2542: 7) ที่กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าหรือเพื่อจะนำผลการวิจัยไปใช้ในการทำงานและปรับปรุงงานที่ตนเองปฏิบัติอยู่ให้ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การวิจัยหาเทคนิคการสอนที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล (บำรุง อมรอาจหาญ, 2548: 6; อ้างอิงจาก ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล, 2543) ได้อธิบายไว้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าเป็นกระบวนการวิจัยตามแนวคิดเชิงปฏิรูป มีจุดเน้นที่การตรวจสอบและพินิจพิเคราะห์ความรู้หรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นอยู่ เพื่อการริเริ่มความรู้หรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกว่า โดยผู้วิจัยต้องเป็นอิสระ (emancipator) จากความรู้กฎเกณฑ์และพันธนาการทางความคิดเดิม

Dick (กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2549: 14; อ้างอิงจาก Dick, 1995) ได้อธิบายไว้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าเป็นวิธีวิทยาการวิจัยที่มีเป้าหมาย 2 อย่างตามชื่อเรียก 2 คำ “Action” กับ “Research” กล่าวคือ

Action ลงมือทำ นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงาน ชั้นเรียน หรือชุมชน
 Research วิจัย เพื่อเพิ่มพูนความเข้าใจให้กับผู้วิจัยรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัย
 หรือทั้ง 2 ฝ่าย ในเรื่องของกระบวนการเปลี่ยนแปลงและผลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง จุดเน้นสำคัญของวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การลงมือปฏิบัติและสำคัญลำดับรองลงมา คือ การวิจัยเพื่อช่วยในรูปของการเพิ่มพูนความเข้าใจให้กับผู้ปฏิบัติโดยตรง กล่าวคือ เป็นงานวิจัยในงานที่ตนกำลังปฏิบัติอยู่เป็นการดำเนินการด้วยตนเอง เพื่อเสาะหา ค้นหาเกี่ยวกับเรื่องของตนเอง

Kemmis และ McTaggart (กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2549: 15; อ้างอิงจาก Kemmis and McTaggart, 1998) ได้อธิบายไว้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นแบบหนึ่งของการรวบรวม การศึกษาค้นคว้าการสะท้อนตนเอง โดยผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์ทางสังคม (ชุมชน) เพื่อปรับปรุงหลักการ เหตุผล และความยุติธรรมของสังคม (ชุมชน) ของตนเอง ในขณะที่เดียวกันก็เข้าใจงานที่ปฏิบัติและเข้าใจสถานการณ์ที่กำลังดำเนินอยู่

Rapoport (กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2549: 15; อ้างอิงจาก Rapoport, 1990) ได้อธิบายไว้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการมุ่งศึกษาทั้งภาคปฏิบัติการของคนที่กำลังประสบปัญหาและมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายของทางสังคม (ชั้นเรียน) โดยการร่วมด้วยช่วยกันภายใต้กรอบจรรยาบรรณที่เป็นที่ยอมรับกัน

McCutcheon และ Jurg (กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2549: 15; อ้างอิงจาก McCutcheon and Jurg, 1990) ได้อธิบายไว้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการศึกษาอย่างมีระบบ ซึ่ง



มีการรวบรวม การร่วมมือการสะท้อนตนเอง การใช้วิจารณ์ญาณและเป็นการดำเนินการของผู้ปฏิบัติงานในการศึกษาค้นคว้าการปฏิบัติงานของตน

กิตติพร ปัญญาภิบาล (2549: 15) ได้อธิบายไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการหมายถึง การศึกษาค้นคว้าอย่างมีระบบถึงการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานเอง เพื่อให้เข้าใจดีขึ้นหรือแก้ปัญหาเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ซึ่งได้จากการรวบรวม การร่วมมือการสะท้อนตนเอง และการใช้วิจารณ์ญาณประกอบภายใต้กรอบจรรยาบรรณที่ยอมรับกัน

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ กระบวนการศึกษาค้นคว้า เพื่อแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง และปรับปรุง เปลี่ยนแปลง พัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบในลักษณะของบันไดเวียน ซึ่งข้อมูลที่รวบรวมได้จะใช้วิจารณ์ญาณประกอบภายใต้กรอบจรรยาบรรณที่ยอมรับกัน

2.4.2 หลักการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยเชิงพัฒนา ที่มุ่งแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมเฉพาะตน ในการปรับปรุง พัฒนาและประเมินตนเอง การวิจัยปฏิบัติการจึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและยินยอมพร้อมใจของบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติภาระงานนั้นเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ และให้การพัฒนานั้นยังคงอยู่ในสังคม เป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน (ส.วาสนา ประवालพฤกษ์, 2538: 2)

ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (2537: 17-24) ได้สรุปหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นความพยายามที่จะปรับปรุงการศึกษา โดยการเปลี่ยนแปลง (Changing) การศึกษานั้น และการเรียนรู้ลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงนั้น
2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการทำงานของกลุ่ม (Participatory) และใช้การปรึกษาหารือกับผู้ร่วมมือกันทำงาน (Collaboration) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่กลุ่มกำหนด
3. วิจัยเชิงปฏิบัติการใช้สะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยการประเมินตรวจสอบทุกขั้นตอน เพื่อปรับปรุงการฝึก หรือการปฏิบัติให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย
4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ (Systematic Learning Process) โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องนำความคิดเชิงนามธรรมมาสร้างเป็นสมมติฐาน ทดลอง ฝึกปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติซึ่งเป็นการทดสอบ (Test) ว่า ข้อสมมติฐานนั้นถูกหรือผิด
5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มจากจุดเล็กๆ (Start Small) อาจจะเริ่มต้นจากบุคคล (นักวิจัย) เพื่อดำเนินการให้มีการเปลี่ยนแปลง หรือปรับปรุงบางสิ่งบางอย่างทางการศึกษาให้ดีขึ้นโดยขณะที่ปฏิบัติการต้องปรึกษา / รับฟังข้อคิดเห็นและอาศัยการร่วมปฏิบัติจากผู้เกี่ยวข้อง
6. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการสร้างความรู้ใหม่ ที่ให้แนวทางปฏิบัติเชิงรูปธรรมจากบันทึก (records) พัฒนาการของกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เห็นกระบวนการเข้าสู่ปัญหาการแก้ไขปรับปรุง และผลสรุปที่สมเหตุสมผล ในขณะที่เดียวกันสามารถนำประสบการณ์มาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) ได้



2.4.3 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ มีความมุ่งหมายที่จะปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้นโดยงานที่ปฏิบัติอยู่มามีเคราะห์หาสาระสำคัญของสาเหตุที่เป็นปัญหาอันเป็นเหตุให้งานปฏิบัติอยู่นั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จากนั้นจะใช้แนวคิดทางทฤษฎี และประสบการณ์การปฏิบัติที่ผ่านมาเสาะหาข้อมูล และวิธีการที่คาดว่าจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ แล้วนำวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น เช่น ทดลองใช้เมื่อต้องการมีความร่วมมือในการทำงานมากขึ้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่จำเป็นต้องมีกลุ่มตัวอย่าง เพราะกลุ่มตัวอย่างก็คือประชากรของเรื่องที่เรากำลังศึกษา ซึ่งมีขนาดตัวอย่างไม่ใหญ่นักและประการสำคัญการวิจัยชนิดนี้ไม่ต้องการผลที่ไปสรุปอ้างอิง (Generalization) ถึงคนอื่น ๆ ด้วย (Kemmis and McTaggart, 1986 แปลโดย ส.วาสนา ประมวลพฤษ, 2538: 56)

2.4.4 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

มีลักษณะดังนี้ (Kurt Lewin, 1946; citing Kemmis and McTaggart แปลโดย ส.วาสนา ประมวลพฤษ, 2538: 56)

1) เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและมีการร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่มผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัยทั้งการเสนอความคิดเชิงปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนนโยบายการวิจัย

2) เน้นการปฏิบัติ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา

3) ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) การวิเคราะห์การปฏิบัติอย่างลึกซึ้งจากที่สังเกตได้จะนำไปสู่การตัดสินใจอย่างสมเหตุสมผลเพื่อการปรับแผนการปฏิบัติ

4) ใช้วงจรการปฏิบัติ (The Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart คือการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ตลอดจนการปรับปรุงผล (Replanting) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่พึงพอใจ

2.4.5 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Kemmis และ McTaggart (ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2537: 43; อ้างอิงจาก Kemmis and McTaggart, 1986) ได้กล่าวถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการนำไปใช้เพื่อพัฒนาปรับปรุงสภาพการทำงานมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Plan) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้มีการแก้ไขร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และหรือผู้บริหารวางแผนพร้อมกัน สำรวจสถานการณ์ของปัญหาว่ามืออย่างไร ปัญหาที่ต้องแก้ไขคืออะไร จะเป็นในรูปแบบ ใดบ้าง ในขั้นของการวางแผนจะมีการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องการใช้แนวคิดวิเคราะห์สิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้นเกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเป็นปัญหาเกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไร และต้องปฏิบัติอย่างไร สามารถดำเนินการได้หลายลักษณะ เช่น การสำรวจข้อมูล การสำรวจพฤติกรรมประชาชน การสังเกตของผู้วิจัย ข้อมูลจากการประเมินของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยให้เห็นสภาพการณ์ปัญหาชัดเจนขึ้น



ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมขึ้นวางแผนมาดำเนินการลงมือปฏิบัติ มีการใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ประกอบไปด้วยโดยรับฟังจากผู้ร่วมวิจัยหรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ จากการปฏิบัติจะเป็นข้อมูลย้อนกลับว่าแผนที่วางไว้อย่างสมเหตุสมผลนั้นปฏิบัติได้จริงมากน้อยเพียงใดและอาจมีอุปสรรคอื่น ๆ มาเกี่ยวข้องโดยไม่คาดคิด ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (เช่น ถูกต่อต้านโดยประชาชน) ฉะนั้นแผนงานที่กำหนดไว้ว่าจะยืดหยุ่นได้ นั่นคือ การปฏิบัติการโดยมีลักษณะเป็น Fluid and Dynamic โดยผู้วิจัยต้องมีวิจารณญาณและการตัดสินใจที่เหมาะสมและมุ่งต่อการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ด้วย

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) เป็นการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นขณะดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนที่วางไว้โดยการจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดทั้งที่คาดหวัง และไม่คาดหวังโดยสิ่งที่สังเกตคือ กระบวนการปฏิบัติ (The Action Process) และผลของการปฏิบัติ (The Effects of Action) การสังเกตนี้จะรวมถึงการรวบรวมผลการปฏิบัติที่เห็นด้วยตา การได้ฟังการได้ใช้เครื่องมือ เช่น แบบทดสอบ เป็นต้น ซึ่งขณะที่การปฏิบัติการวิจัยกำลังดำเนินไปควบคู่กับการสังเกตผลการปฏิบัติควรใช้เทคนิคต่างๆที่เหมาะสมมาช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยซึ่งมีหลายวิธีดังนี้

1) การจดบันทึกสะสม (Anecdotal Records) ผู้วิจัยใช้การบันทึกบรรยายสภาพการณ์รูปธรรม ซึ่งพบในเวลายาวต่อเนื่องกัน เพื่อให้การเห็นภาพรวมของสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อวิจัยนั้น

2) การใช้บันทึกสนาม (Field Notes) เป็นการจดบันทึกเหมือนใช้ระเบียบวิธีสังเกตการใช้บันทึกสนามจะบันทึกตามสภาพที่เห็น โดยไม่สอดแทรกข้อคิดส่วนตัว หรือแปลความการบันทึกโดยวิธีนี้ผู้วิจัยจะเห็นพฤติกรรมที่เกิดตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง

3) การบันทึก / การบรรยายถึงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Ecological Behavior Description) เป็นการจดบันทึกที่พยายามให้ความเข้าใจ ลำดับขั้นของพฤติกรรม

4) การวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) ศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่

5) การบันทึกอนุทิน หรือจดหมายเหตุรายวัน (Diaries) เป็นการบันทึกส่วนตัวที่ระบุหัวข้อที่ตนเองสนใจ

6) การบันทึกลงกระดาษแข็งเป็นเรื่องราว (Item Sampling Card) เป็นการบันทึกเหมือนอนุทิน แต่เน้นเฉพาะเรื่องในช่วงเวลาหนึ่ง

7) การใช้ข้อมูลจากแฟ้มรายการ (Portfolio) เช่น รายงานการปฏิบัติงาน ข่าวของทางราชการที่เกี่ยวกับปัญหาที่กำลังดำเนินการวิจัยอยู่

8) การใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ใช้แบบสอบถามศึกษาข้อมูลเชิงความคิดเห็นแบบปลายเปิด หรือแบบปลายปิดที่มีตัวเลือกให้ตอบ จะได้รายละเอียดครบถ้วนเพียงพอ ผู้วิจัยต้องกำหนดหัวข้อของเรื่องที่จะถามให้รัดกุมและครอบคลุม

9) การสัมภาษณ์ (Interviews) เทคนิคการสัมภาษณ์ ทำให้ใช้คำถามได้ยืดหยุ่นกว่าการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ดำเนินการได้ 3 ลักษณะ คือ แบบไม่ได้วางแผน (Unplanned) คือ สนทนาอย่างไม่เป็นทางการ แบบวางแผนแต่ไม่ได้มีโครงสร้าง (Planned but Unstructured) เปิดโอกาสให้คู่สนทนาเลือกหัวข้อที่สนใจจะพูด ผู้สัมภาษณ์จะใช้คำถามอื่น ๆ



ประกอบเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนเข้าประเด็นแบบมีโครงสร้าง (Structured) คือ การสัมภาษณ์ที่เป็นไปตามชุดของคำถามที่ได้เตรียมการไว้แล้ว

10) การใช้สังคมมิติ (Sociometric Methods) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสังคม

11) การใช้แบบทดสอบปฏิสัมพันธ์ และแบบสำรวจรายการ (Interaction Schedules and Checklists) เพื่อความสะดวกและเชื่อถือได้ในการสังเกตพฤติกรรม แล้วใช้ประกอบการสังเกตโดยการตรวจสอบ (Check) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามรายการที่มีอยู่

12) การใช้เครื่องบันทึกเสียง (Tape Recording) เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดลึกซึ้งในการสอนหรือการสนทนา

13) การใช้วีดิทัศน์ (Video Recording) บันทึกทั้งภาพและเสียง เพื่อให้เห็นภาพรวมของกิจกรรม หรือบันทึกเฉพาะประเด็นที่น่าสนใจ จะมีประโยชน์มากในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ภายหลัง

ขั้นที่ 4 ขั้นการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflect) ขั้นสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือการตรวจสอบการปฏิบัติ หรือเป็นสิ่งที่เป็นการปฏิบัติของข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ผู้วิจัยร่วมกับผู้เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลที่ได้รวบรวมไว้จากเครื่องมือต่างๆ มาตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับสภาพสังคมหรือสิ่งแวดล้อม โดยผ่านการอภิปรายปัญหา การประเมินโดยกลุ่มทำให้ได้แนวทางของการพัฒนาขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม และเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การปรับปรุง และการวางแผนปฏิบัติต่อไป

2.4.6 รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

รูปแบบของเคมมิสและแมคแท็กการ์ด (อภิเชษฐ์ ฉิมพลีสวรรค์, 2541: 8-9; อ้างอิงจาก Kemmis and McTaggart, 1986) ซึ่งจะมุ่งเน้นการพัฒนางานที่ปฏิบัติเป็นปกติ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อนำไปสู่การพัฒนาหรือแก้ปัญหาในองค์กรของตนเอง โดยเสนอปรัชญาในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบบันไดเวียน (Active Research Spiral) ซึ่งมีสาระดังนี้

- 1) เป็นรูปแบบการวิจัยที่ผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ
- 2) มีคณะผู้วิจัย และการลงมติ
- 3) มีจุดประสงค์การวิจัยเพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนางานในหน้าที่
- 4) มีระบบการดำเนินงานเป็นวงจรคือ การวางแผน การลงมือปฏิบัติการสังเกตและสะท้อนผล

5) เป็นรูปแบบที่ไม่ยึดติด ไม่มีกฎเกณฑ์การทำวิจัยจนเกินไป มุ่งแก้ปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงเป็นสำคัญขึ้นอยู่กับคณะทำงาน

สรุปเนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการพัฒนาที่มุ่งแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมเฉพาะตนในการปรับปรุง พัฒนาและประเมินตนเอง ดังนั้นการใช้กระบวนการดังกล่าวในการศึกษารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝักครครกล้าช้าของหญิงมีครรภ์ในชุมชน จึงเป็นสิ่งที่เหมาะสมเนื่องจากกระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการเพื่อให้เกิดการพัฒนา และมีการปรับปรุงแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ แล้วนำมาทบทวนและแก้ไขใหม่ เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงาน



2.5 กระบวนการการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: A-I-C)

เป็นเทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ที่ทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ชัดจำกัด ความต้องการ และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ งานที่ได้จากการประชุมมาจากความคิดของทุกคนอย่างแท้จริง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (2552: 1-5) ให้ความหมายกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ไว้ดังนี้

Appreciation: A คือ การยอมรับชื่นชม (Appreciate) ความคิดเห็นความรู้สึกของเพื่อนสมาชิกในกลุ่มด้วยความเข้าใจในประสบการณ์ สภาพ และขีดจำกัดของเพื่อนสมาชิกแต่ละคน จึงไม่รู้สึกต่อต้านหรือวิจารณ์เชิงลบในความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก ทุกคนในกลุ่มมีโอกาสที่จะให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง เหตุผล ความรู้สึก และการแสดงออกตามที่เป็นจริง เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกที่ดีมีเมตตาต่อกัน เกิดพลังร่วมกันและความรู้สึกเป็นเครือข่ายเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

Influence: I คือ การใช้ประสบการณ์ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่ มาช่วยกันกำหนดวิธีการ/ยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ อุดมการณ์ร่วมกัน สมาชิกในกลุ่มจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการถกเถียงกันด้วยเหตุผลทั้งในประเด็นที่เห็นด้วยและขัดแย้งจนได้วิธีการที่กลุ่มเห็นร่วมกัน

Control: C คือ การนำยุทธศาสตร์ วิธีสำคัญมากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียด สมาชิกจะเลือกว่าตนเองสามารถรับผิดชอบในเรื่องใดด้วยความสมัครใจ ทำให้เกิดพันธะสัญญา ข้อผูกพัน (Commitment) แก่ตนเอง เพื่อควบคุมตน (Control) ให้ปฏิบัติจนบรรลุผลตามเป้าหมายร่วมของกลุ่ม

สรุป เทคนิคกระบวนการ A-I-C เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนา โดยมีการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันจากทุกภาคส่วน โดยให้ผู้เข้าร่วมได้มีเวทีพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสาร ที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยระดมพลังสมองในการศึกษา วิเคราะห์ หาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาที่ยั่งยืน ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้เทคนิคกระบวนการ A-I-C เพื่อพัฒนาศักยภาพ

2.5.1 ขั้นตอนการระดมความคิดตามเทคนิคกระบวนการ A-I-C

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation; A) คือ ขั้นการเรียนรู้ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็น และรับฟังความคิดเห็นพร้อมทั้งหาข้อสรุปที่ทุกคนเข้าใจ และยอมรับร่วมกันอย่างประชาธิปไตย การเปิดโอกาสให้มีการสื่อสารระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมอย่างเสรี จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจสถานการณ์มากขึ้น และจุดเด่นของขั้นตอน อยู่ที่การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกโดยไม่มีการวิพากษ์ หรือการต่อต้าน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

A-1 : การวิเคราะห์สภาพการณ์ของหมู่บ้านในปัจจุบัน

A-2 : การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ของหมู่บ้านเป็นภาพอันพึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการอย่างไร



ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence; I) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกได้มีโอกาสคิดแนวทางในการพัฒนาร่วมกัน สมาชิกทุกคนร่วมกันคิดหาวิธีการหรือโครงการ / กิจกรรมที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ และบรรลุเป้าหมายตามทั้งไว้ในช่วง (A-2) ในการกำหนดโครงการ / กิจกรรมของผู้เข้าร่วมระดมความคิดทั้งหมดจะต้องช่วยกันคิดวิเคราะห์ร่วมกันว่า โครงการ / กิจกรรมใดบ้างที่มีความสำคัญเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อชุมชนมากที่สุด และที่สำคัญต้องเป็นโครงการ / กิจกรรมที่เป็นที่ยอมรับของบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชนด้วย การแบ่งประชุมแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ

I-1 : การคิดกิจกรรม โครงการที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์

I-2 : การคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการโดย

แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) โครงการ / กิจกรรมที่หมู่บ้านหรือชุมชนทำได้เอง

2) โครงการ / กิจกรรม ที่บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุน

3) โครงการ / กิจกรรมที่หมู่บ้านหรือชุมชนไม่สามารถดำเนินการได้เองต้องขอความร่วมมือจากภาครัฐหรือเอกชน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control; C) เป็นการนำเอาแนวคิดในการพัฒนามาวางแผนปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ร่วมตกลงและยอมรับมา กำหนด เป็นแผนปฏิบัติอย่างละเอียดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินงานซึ่งจะรับผิดชอบต่อโครงการ/กิจกรรม ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย

C-1 : การแบ่งกลุ่มรับผิดชอบ

C-2 : การตกลงในรายละเอียดของการดำเนินงานจัดทำแผนปฏิบัติ

นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุม คือ

1) รายชื่อกิจกรรม หรือโครงการที่กลุ่ม องค์กรชุมชนดำเนินการได้เอง ภายใต้ความรับผิดชอบและเป็นแผนปฏิบัติการของหมู่บ้าน / ชุมชน

2) กิจกรรมโครงการของชุมชนหรือองค์กรชุมชน เสนอขอรับการส่งเสริมสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐที่ทำงานสนับสนุน

3) รายชื่อกิจกรรมโครงการ ที่ชาวบ้านต้องแสวงหาทรัพยากรและประสานความร่วมมือจากภาคีความร่วมมือต่างๆ ทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน

2.5.2 ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้กระบวนการ A-I-C ประสบความสำเร็จ

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2543: 15-18) กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยทำให้เทคนิคกระบวนการ A-I-C ประสบความสำเร็จนั้น มีปัจจัยดังนี้

1) การจัดประชุมตามกระบวนการ A-I-C “เน้นความเป็นกระบวนการ” จะดำเนินการข้ามขั้นตอนหรือสลับขั้นไม่ได้ เน้นการระดมความคิดและสร้างการยอมรับซึ่งกันและกันให้มีความสำคัญกับการตัดสินใจในการกำหนดอนาคตร่วมกันและเน้นการสร้างพลังความคิด วิเคราะห์และเสนอทางเลือกในการพัฒนาและพลังความรัก ความเอื้ออาทร การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอันเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนา



2) การศึกษาและการเตรียมชุมชน

(1) การศึกษาชุมชนเพื่อให้เข้าใจสภาพการณ์ของหมู่บ้าน ชุมชน หรือตำบล ความสัมพันธ์ของกลุ่มต่างๆ การทราบความสามารถ ศักยภาพของชุมชน สภาพการพึ่งตนเอง เป็นต้น เพื่อได้ข้อมูลที่เพียงพอและเป็นข้อเท็จจริงในการกำหนดอนาคตทางเลือกรวมทั้งกลวิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาและการประสานความร่วมมือ

(2) การเตรียมชุมชนเพื่อจะทำให้กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน และประชาชนเกิดความเข้าใจ และส่งผู้แทนที่มีอำนาจในการตัดสินใจของกลุ่มเข้าร่วมประชุม รวมทั้งมีการพิจารณาเพื่อกระจายโอกาสให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม เช่น กลุ่มสตรี เยาวชน คนจน ผู้ประสบปัญหาต่างๆ เป็นต้น

3) วิทยาการกระบวนการ A-I-C วิทยาการกระบวนการจะต้องเข้าใจขั้นตอนของกระบวนการ A-I-C มีประสบการณ์ และความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการประชุม ตลอดจนมีไหวพริบในการแก้ไขปัญหา สถานการณ์เฉพาะหน้า สามารถไกล่เกลี่ยหรือมีวิธีการในการจัดการกับความขัดแย้งที่เหมาะสมในกรณีที่น่าจะเกิดขึ้น โดยสามารถทำหน้าที่ดังนี้

(1) เตรียมชุมชน เตรียมการประชุม ดำเนินการประชุมและสรุปผล

(2) สร้างบรรยากาศในการประชุม ให้รู้สึกดีเพื่อคลายความตึงเครียดของผู้เข้าร่วมประชุม

(3) ควบคุมขั้นตอนและเวลาในการประชุม ให้เป็นไปตามกระบวนการ

(4) สรุปความคิดเห็นที่แท้จริงของผู้เข้าร่วมประชุม โดยไม่สอดแทรกความคิดเห็นหรือทัศนคติของตนเองลงไป

(5) ในกรณีที่มีข้อถกเถียงกัน ระหว่างผู้ร่วมประชุม ซึ่งเกิดความต้องการปกป้องผลประโยชน์ของตนเองผู้นำประชุมต้องทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและหาข้อยุติให้ได้

(6) วิเคราะห์และสังเกตบรรยากาศในการประชุม สำหรับจำนวนผู้จัดการประชุม อาจมีคนเดียวก็ได้ เป็นผู้นำการประชุม ซึ่งมีข้อดี คือ กระบวนการประชุมเป็นเอกภาพมากกว่า แต่หากไม่มั่นใจในการดูแลบรรยากาศการประชุม ควรจัดคณะมาช่วยกันโดยแบ่งหน้าที่เป็น

(6.1) ผู้จัดการประชุม ดูแลอำนวยความสะดวกทั่วไป ได้แก่ เรื่องการลงทะเบียน เรื่องอาหารและเครื่องดื่มในการประชุม

(6.2) ผู้นำการประชุม

(6.3) ผู้จัดการกิจกรรมเกมสร้างบรรยากาศ เพื่อละลายพฤติกรรม การคลายเครียด และการนำเข้าสู่ขั้นตอนแต่ละขั้นตอน

(6.4) ผู้เตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการประชุม ทั้งนี้คณะวิทยากรจะต้องทำความเข้าใจในขั้นตอนและวิธีการให้ตรงกัน

2.5.3 จุดแข็งและจุดอ่อนของเทคนิคกระบวนการ A-I-C

1) จุดแข็งของเทคนิคกระบวนการ A-I-C คือ

(1) เกิดความร่วมมือกันทางด้านสติปัญญา และทรัพยากรให้มีพลัง

(2) ทุกคนได้ความเป็นผู้นำและรู้ว่าเมื่อใดควรแสดงออก

(3) สามารถประสานความแตกต่าง ความถ้อยตนของแต่ละคน มาเป็นพลังในการจัดการดำเนินงานและประเมินผลอย่างสร้างสรรค์



(4) เป็นเครื่องมือของการจัดการ เพื่อวางแผนกลวิธี หาวิธีแก้ไขปัญหาลดความขัดแย้งของคนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องเดียวกัน

(5) สร้างทีม พัฒนางาน พัฒนากลุ่มชุมชนเพื่อการมีส่วนร่วม

(6) พัฒนาการจัดการด้วยวิธีการใหม่ที่ได้ผลในการพัฒนาคนไปพร้อมกัน

2) จุดอ่อนของเทคนิคกระบวนการ A-I-C ได้แก่

(2.1) เทคนิคกระบวนการ A-I-C นั้นจะต้องทำอย่างต่อเนื่องในหน่วยงานจึงจะเกิดสัมฤทธิ์ผล และทุกคนมีความรู้สึกพอใจกับงาน

(2.2) เทคนิคกระบวนการ A-I-C ไม่มีการตัดสินใจว่าจะให้ใครทำอะไร ผู้ประชุมเป็นผู้เลือกและตัดสินใจเองว่าตนมีศักยภาพจะทำอะไรได้ อิทธิพลที่ได้รับจากการถกอภิปราย กับผู้อื่นในขั้นตอนต่าง ๆ มีผลกระทบต่อสถานะของตนเอง จึงต้องขังใจเอง ยอมรับสภาพความพร้อมและยอมรับผู้อื่น ซึ่งอาจทำได้ไม่ถนัดนัก

(2.3) เทคนิคกระบวนการ A-I-C เป็นการวางแผนร่วมกับผู้อื่นหลายระดับงานและต่างประสบการณ์จะต้องเชื่อผู้อื่นบ้าง จึงยากที่ผู้เคยชิน การทำแผนกับคนพวกเดียวกัน จะยอมเปลี่ยนแปลงรูปแบบและแนวคิดเดิมๆ ของตน

สรุป การสร้างกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิค A-I-C จะต้องมีการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกคน เปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น รับฟังความคิดเห็น หาข้อสรุปร่วมกัน ยอมรับในความคิดเห็นตั้งแต่ขั้นตอนการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเน้นความเป็นกระบวนการ วิทยากรกระบวนการจะต้องทำการศึกษาและเตรียมชุมชนก่อนดำเนินการมาเป็นอย่างดี รวมทั้งต้องมีประสบการณ์ มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดประชุม มีไหวพริบในการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าที่เหมาะสม มีทักษะในการสื่อสารที่ดี และมีการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิด และเชื่อมั่นในศักยภาพของทุกคน เคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคน รวมทั้งการสร้างบรรยากาศในการประชุมเพื่อคลายความตึงเครียดของผู้เข้าร่วมประชุม จะทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมกล้าแสดงออกในที่ประชุม และทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริงมากขึ้น

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัลลา ตันตโยทัย (2540) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน โดยศึกษาจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินจำนวน 28 ราย พบว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองอาศัยการมีสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์เชิงบำบัดเป็นแก่น และพื้นฐานที่สำคัญ สำหรับวิธีการที่ใช้พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยทั้งหมด มี 11 วิธี ได้แก่ 1) ให้ข้อมูลและความรู้ 2) แนะนำ ชี้แนะหรือให้แนวทาง 3) ส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง 4) ประเมินภาวะสุขภาพ 5) ประสานการดูแลและความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 6) สนับสนุนด้านจิตและอารมณ์ 7) ช่วยเหลือในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่แทรกแซง 8) จัดหาอุปกรณ์และเครื่องใช้ ที่อำนวยความสะดวกต่อการดูแลตนเอง 9) สอนทักษะการปฏิบัติ 10) พัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และ 11) ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวม ในการควบคุมอาหาร และการใช้อิน



สุลินสูงกว่าเมื่อเริ่มการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกผาสุกเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุดศิริ ทิรัญชุนหะ (2541) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาล 2 แห่งในภาคใต้ กระบวนการวิจัยอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล ครอบครัว เครือญาติและทีมสุขภาพ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2538 ถึงธันวาคม 2540 เก็บรวบรวมโดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม ถ่ายภาพและใช้แบบประเมินความสามารถ การดูแลของผู้ดูแล การรับรู้ของผู้ดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 1) กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้าน 2) การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล 4) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และ 5) ผลลัพธ์การดูแลการวิจัยครั้งนี้แสดงความชัดเจนของบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านและปรับวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยตลอดไป ผู้ดูแลส่วนหนึ่งสามารถดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลหมดภาระหน้าที่และกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม

ระวีวรรณ ช่อมฤกษ์ และเพ็ญพัทธ์ ทองแท้ (2549) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย จังหวัดนราธิวาส. พบว่า ประเด็นปัญหาที่พบก็คือ การที่สตรีไปฝากครรภ์ล่าช้าและไม่ครบจำนวนที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์ โดยสตรีส่วนหนึ่งจะรู้ว่าตนตั้งครรภ์ต่อเมื่อได้รับการตรวจและยืนยันจากผดุงครรภ์โบราณก่อนแล้วจึงค่อยไปฝากครรภ์กับสถานอนามัย สำหรับเหตุผลที่สตรีส่วนหนึ่งยังคลอดบุตรที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณนั้น เนื่องจาก ความยากจน, ไม่คุ้นเคยกับแพทย์ และขั้นตอนในการทำคลอด, ชอบหมอเพศหญิงมากกว่าเพศชาย, บรรยากาศคลอดที่โรงพยาบาลไม่อบอุ่น, ภาระงานบ้านและการดูแลลูกหลายคน, ประสบการณ์การคลอดกับผดุงครรภ์โบราณแล้วปลอดภัย, การไปคลอดที่โรงพยาบาลไม่ทัน และความเชื่อ วัตถุประสงค์ของกาวิจัย คือ เพื่อค้นหา รูปแบบการดำเนินงานในการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กในจังหวัดนราธิวาสให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน โดยเน้นรูปแบบที่ใช้ความรู้ให้เกิดสำนึกและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คำนิยมการเสริมสร้างสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงจากการตั้งครรภ์และการคลอด

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจุบันแม่สตรีส่วนใหญ่ไปฝากครรภ์กับสถานบริการของรัฐเพิ่มขึ้น แต่มักไปฝากล่าช้าและไม่ครบตามจำนวนที่กำหนด ซึ่งน่าจะเกี่ยวข้องกับการสมรสและภาวะเจริญพันธุ์ด้วย เพราะสตรีมักจะสมรสหลังจากสำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรืออายุประมาณ 13 - 14 ปี มีบุตรถี่และหลายคน จากการที่สมรสเมื่ออายุน้อย มีบุตรถี่และหลายคน ทำให้สุขภาพทรุดโทรมเพราะให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพน้อย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการตายของแม่อีกด้วย 2) วิเคราะห์ปัญหาและแนวทางที่จะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยที่โดยการอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยของแม่และลูก การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การแนะนำให้แม่ไปคลอดที่โรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของแม่และลูก ละการดูแลลูกให้ปลอดภัยจากยาเสพติด 3) พัฒนารูปแบบที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราการตายของแม่และลูกขณะคลอดและหลังคลอด ผลจากการศึกษาพบว่า ต้องใช้วิธีการบูรณาการขององค์ประกอบต่าง ๆ อันได้แก่ การจัดอบรม ให้ความรู้ที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบสาเหตุการตายของแม่และลูก โดยวิทยากรที่พูด



ภาษายาวีได้ เพื่อกลุ่มเป้าหมายจะได้ซักถามและพูดคุยได้อย่างสะดวกและหรือผู้นำศาสนาที่มีความรู้ด้านสุขภาวะอนามัยแม่และเด็ก ประกอบด้วยภาพรวมของสุขภาพผู้หญิง ภาวะเสี่ยงของแม่จากการตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด โภชนาการแก่หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด สุขภาพของแม่วัยรุ่น, การปฏิบัติหน้าที่ของโรงพยาบาล ได้แก่ การรณรงค์การฝากครรภ์ การพัฒนาคุณภาพระบบบริการงานฝากครรภ์ระดับปฐมภูมิ ฝ้าระวังป้องกันและลดอัตราการตายของทารกในครรภ์มารดา ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง จัดคู่มือการดูแลผู้ป่วยทางสูติกรรม เพื่อลดปัญหาความล่าช้าในการได้รับบริการและตอบสนองตามหลักศรัทธาและความเชื่อของมุสลิม ตลอดจนผู้ป่วยทุกคนควรได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย ความมีอัธยาศัยของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้เกิดความประทับใจที่จะมาใช้บริการในครั้งต่อ ๆ ไป รวมทั้งฝึกอบรมอาชีพใหม่แก่ ผดุงครรภ์โบราณ, การมีส่วนร่วมขององค์กรบริหารส่วนตำบล โดยงบประมาณที่จะขอสนับสนุนต้องระบุวัตถุประสงค์ กิจกรรมเพื่อลดภาวะอัตราการตายของแม่และลูกขณะคลอดและหลังคลอดอย่างชัดเจน รวมทั้งติดตามผลค่าใช้จ่ายอย่างจริงจัง จัดหาค่าตอบแทนแก่ อสม. ที่เป็นแกนนำสำคัญในระยะแรก ตลอดจนให้ทำหน้าที่ประสานงานกับโรงพยาบาลและต้องจัดหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ ผดุงครรภ์โบราณฉุกเฉินบริการชั่วคราว หรือจัดรถบริการรับ - ส่งฟรีแก่หญิงมีครรภ์ที่อยู่ห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวกและให้คณะกรรมการบริหารหรือสภาองค์การบริหารส่วนตำบล เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และการตายของลูกขณะคลอดและหลังคลอด, การเป็นแกนนำ ผู้ประสาน ผู้กระตุ้น พี่เลี้ยงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พัฒนาการ บัณฑิตอาสา ชมรมครอบครัวและผู้นำศาสนาเพื่อชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการไปคลอดที่โรงพยาบาล และการสร้างสื่อ ซึ่งอาจจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคคลในข้อ 4) ให้เข้าถึงกลุ่มบุคคลเป้าหมายโดยตรงโดยการเยี่ยมบ้าน และการใช้สื่อประเภทต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว โปสเตอร์ วิทยุ โทรทัศน์ แผ่นพับ ฯลฯ เพื่อใช้ประกอบขณะให้ความรู้หรือฝึกอบรมโดยการได้รับฟังข้อมูลซ้ำ ๆ จากหลายแหล่งข่าว ผู้ให้ข่าวควรเป็นผู้นำศาสนา บุคคลที่มีชื่อเสียง ไว้วางใจได้ ใช้ภาษาที่กลุ่มเป้าหมายคุ้นเคย และกลุ่มเป้าหมายต้องตระหนักถึงความสำคัญและมีส่วนร่วมในการใช้สื่อนั้น ๆ ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 5 ดังกล่าวเปรียบเสมือนระบบย่อย แต่ระบบย่อยต่างก็มีบทบาทหน้าที่ของตนเอง จะต้องมีการปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ถ้าระบบย่อยใดมีการเปลี่ยนแปลงหรือถูกระบบย่อยอื่นๆ ก็จะมีผลจากการถูกระบบนั้นๆ ด้วย ดังเช่น เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดนราธิวาส ส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่กล้าพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ ทำให้หญิงตั้งครรภ์และเด็กได้รับบริการล่าช้า ดังนั้น ระบบย่อยจะต้องมีการปรับตัวเพื่อให้ระบบใหญ่ดำรงอยู่ได้และเกิดสมดุล

จินตนา ทอนฮามแก้ว (2552) ศึกษา แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผลการศึกษา พบว่า แนวทางทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 1) การดูแลทางคลินิก ได้แก่ ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 2) การดูแลสุขภาพ การฝ้าระวังและป้องกันการเจ็บป่วย ได้แก่ การจัดทำฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ การให้ความรู้ การดูแลสุขภาพและการติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ 3) การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์และกระตุ้นการมาฝากครรภ์และการดูแลสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว และในชุมชนให้มีความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแล 4) การสนับสนุนการเข้าถึงสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ระบบส่งต่อฉุกเฉินและที่สำคัญการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของ 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาควิชาชีพ ภาคประชาชน และภาคองค์กรชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน



วาสนา ถิ่นชนอน (2552) ศึกษา การพัฒนาแนวทางการให้บริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในคลินิกฝากครรภ์ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการให้บริการ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในคลินิกฝากครรภ์ ผลการศึกษาพบปัญหาความต้องการดังนี้ 1) ผู้ให้บริการสุขภาพไม่มีความรู้เฉพาะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 2) การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำไม่ได้ผล 3) ต้องการ ให้เจ้าหน้าที่มีเวลาให้คำแนะนำ คำปรึกษามากขึ้น 4) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นขาดความรู้ในการดูแลตนเอง การเตรียม ความพร้อมสำหรับการคลอด การเลี้ยงดูบุตร 5) ครอบครัวขาดการมีส่วนร่วม ผู้ร่วมวิจัยเสนอแนวทางการพัฒนาดังนี้ 1) พัฒนาความรู้และทักษะของผู้ให้บริการสุขภาพ 2) พัฒนาแนวทางการให้บริการโดยจัดตั้งคลินิกสำหรับหญิงตั้ง ครรภ์วัยรุ่น กำหนดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการ ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการวิจัยปฏิบัติการ ทำให้หญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวได้ร่วมกันเสนอแนวทางการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการ ทำให้มีการจัดตั้งคลินิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นขึ้น และผู้ให้บริการสุขภาพมีแนวทางการให้บริการฝากครรภ์เพื่อ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

กฤษฎีพัฒน์ ฉัตรทอง (2552) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนมีกระบวนการปฏิบัติงาน 9 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมการก่อนการวิจัยโดยการเตรียมผู้ช่วยวิจัย การคัดเลือกชุมชนและเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและการศึกษาบริบทของชุมชน 2) การศึกษาดูงานในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานป้องกันไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องไข้เลือดออกของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน การวิเคราะห์ SWOT และร่วมสร้างแผนงานโครงการด้วยเทคนิคเอไอซี 4) การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชนด้านมนุษยสัมพันธ์และการสร้างเจตคติในการทำงาน 5) การจัดกิจกรรมโครงการสร้างกระแสเผยแพร่ความรู้การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และโครงการรณรงค์กำจัดต้นเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก 6) การประเมินผลโครงการ 7) การปรับปรุงแผนและกำหนดกิจกรรมการประกวดบ้าน 8) การจัดกิจกรรมการประกวดบ้าน และ 9) การประเมินผลการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน และผลจากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมและการประสานการทำงานของผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ในการร่วมกันวางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ส่งผลให้เกิดพลังในชุมชนที่สามารถร่วมกันป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ต่อไป

กนกวรรณ ใจพิงค์ (2554) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลลำพูน ผลการศึกษาพบอัตราการฝากครรภ์ล่าช้าร้อยละ 41.6 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การทราบผลกระทบของการฝากครรภ์ล่าช้า การมีงานทำ และการมีรายได้ โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ทราบผลกระทบของการฝากครรภ์ล่าช้ามีโอกาสฝากครรภ์ล่าช้าเป็น 1.8 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบผลกระทบการฝากครรภ์ล่าช้า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีงานทำมีโอกาสฝากครรภ์ล่าช้าเป็น 1.6 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีงานทำ และหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีรายได้มีโอกาสฝากครรภ์ล่าช้าเป็น 1.8 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ คือการรณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์และสาธารณสุขชนตระหนักถึงผลกระทบการฝากครรภ์ล่าช้า

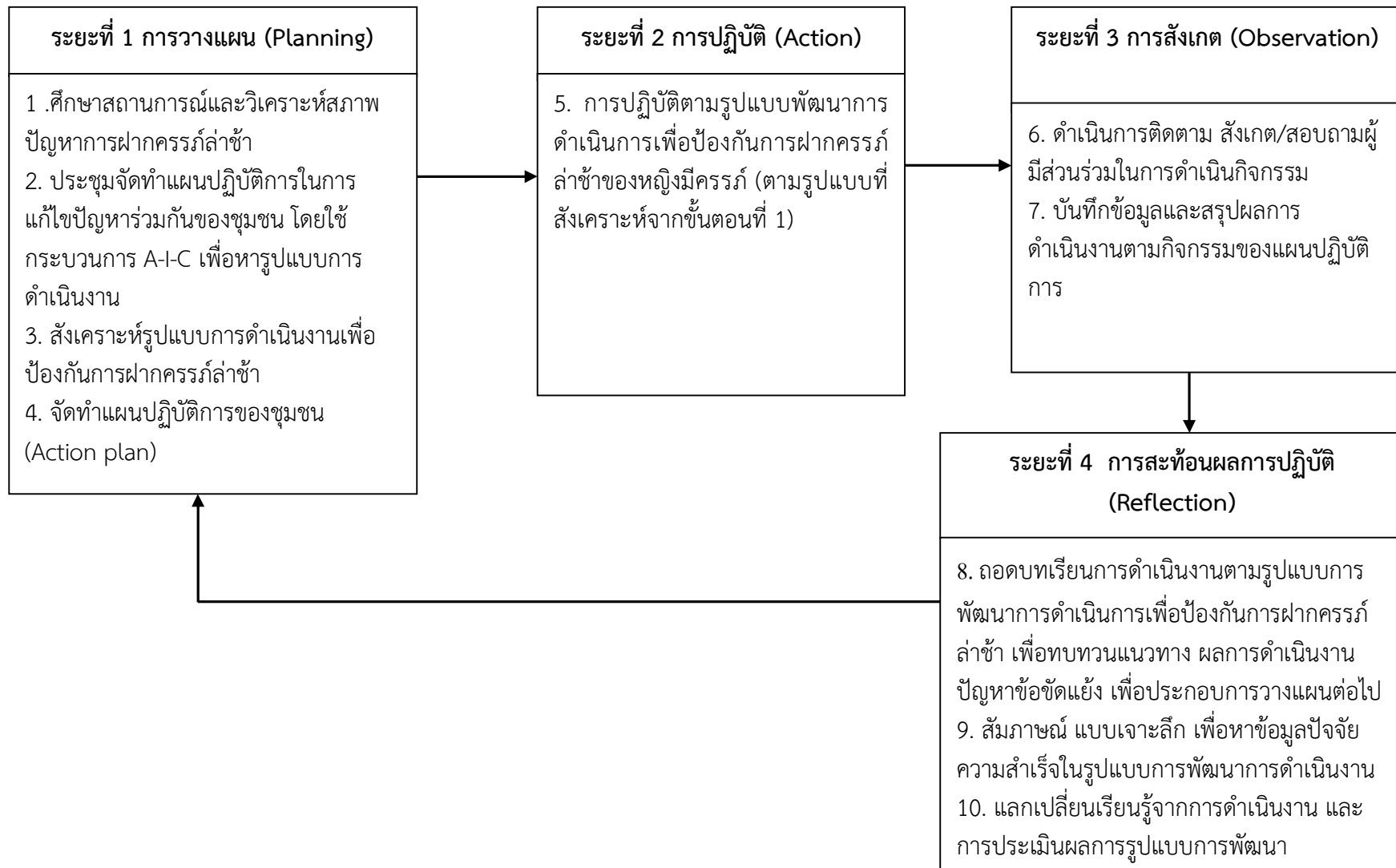


สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา การหาชุดตรวจการตั้งครรภ์ที่ราคาถูกลง และเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งการสร้างเสริมการมีรายได้ให้แก่หญิงตั้งครรภ์

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาการดำเนินการเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของของ Kemmis และ McTaggart (1988) เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน โดยขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยแต่ละกิจกรรมการพัฒนาเกิดจากการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในชุมชน ซึ่งสรุปได้ดังภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิด การวิจัย ดังนี้





ภาพประกอบ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน รวมทั้งการศึกษาลักษณะการดำเนินงานที่ผ่านมา และ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ โดยมีกระบวนการกลุ่ม เพื่อเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อพัฒนาการดำเนินงาน ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้วิจัย จำนวน 36 คน ในฐานะผู้ร่วมวิจัยในการวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผนตลอดจนการส่งเสริมการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ โดยมีผู้วิจัยที่มีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือให้กำลังใจ กระตุ้นและร่วมกันหาแนวทางดำเนินงานโดยมีวิธีการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 พื้นที่ในการศึกษาวิจัย
- 3.4 วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.6 การสร้างและการตรวจสอบเครื่องมือ
- 3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.9 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจรการปฏิบัติ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการท์ ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflection) มีแผนการศึกษาวิจัยที่ทดสอบระดับการดำเนินงาน ทั้งก่อนและหลังการพัฒนา (Pre test – post test Design)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ ดังนี้ ประชากรคือผู้ที่มีส่วนสำคัญและเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านการให้บริการฝากครรภ์ จำนวน 36 คน ซึ่งประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 10 คน, กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 5 คน, สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 5 คน, หญิงมีครรภ์ จำนวน 10 คน, เจ้าหน้าที่งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน จำนวน 1 คน,



เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน, พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน และแพทย์ จำนวน 1 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล หญิงมีครรภ์ เจ้าหน้าที่งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์ และ พยาบาลวิชาชีพ รวม 36 คน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการดังนี้

1. อาสาสมัครที่เป็นกลุ่มหญิงมีครรภ์ ใช้เกณฑ์การคัดเลือกดังนี้
 - 1.1 เป็นหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และมีอายุครรภ์ไม่เกิน 28 สัปดาห์
 - 1.2 สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทย หรือภาษาท้องถิ่นได้อย่างชัดเจน และยินยอมเข้าร่วมโครงการ
2. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องการให้บริการฝากครรภ์
 - 2.1 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการให้บริการฝากครรภ์ อายุ 20 ปีขึ้นไป และได้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการฝากครรภ์มากกว่า 1 ปี
 - 2.2 เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อายุ 20 ปีขึ้นไป
 - 2.3 ผู้นำชุมชน อายุ 20 ปีขึ้นไป
 - 2.4 อสม. / อบต. อายุ 20 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดเลือกอสาสมัครออกจากโครงการ ดังนี้

อาสาสมัครที่เป็นกลุ่มหญิงมีครรภ์ ใช้เกณฑ์การคัดออกดังนี้

1. หญิงมีครรภ์ที่คลอดบุตร และไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้
2. หญิงมีครรภ์ที่เดินทางไปประกอบอาชีพที่อื่น

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องการให้บริการฝากครรภ์ ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการให้บริการฝากครรภ์ ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน
2. เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. / อบต. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ หรือ ให้ข้อมูลใด ๆ ได้

3.3 พื้นที่ในการศึกษาวิจัย

ในการวิจัยเรื่องนี้ใช้วิธีการเลือกพื้นที่ โดยการเลือกแบบสุ่มแบบเจาะจง โดยการเลือกตำบลที่มีอัตราการฝากครรภ์ล่าช้าสูงที่สุด ได้แก่ ตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี



3.4 วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนปฏิบัติการ

1. วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา อุปสรรค โดยการสำรวจข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่ และสภาพการดำเนินงาน โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารภายในชุมชน และหน่วยงานราชการที่อยู่ในพื้นที่ สำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชน ว่ามีการฝากครรภ์ล่าช้ามากน้อยขนาดไหน ปัญหาอุปสรรคมีอะไรบ้าง โดยใช้แบบสำรวจให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนดำเนินการสำรวจในชุมชน

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เกี่ยวข้อง โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการ A-I-C ในการแก้ไขปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้าของชุมชน เพื่อหารูปแบบการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมาวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (ข้อ 1) เป็นข้อมูลนำเข้าในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

3. สังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ (ข้อ 2) และนำเสนอรูปแบบการดำเนินงานต่อที่ประชุม

4. จัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ที่ได้จากการสังเคราะห์ (ข้อ 3)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ

5. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ที่กำหนด เป็นการจัดกิจกรรมปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ เพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการปฏิบัติ

6. บันทึกข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้าและเป็นอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการ

7. การนิเทศ ติดตาม สนับสนุน ตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำ

ขั้นตอนที่ 4 การส่องสะท้อนผลการปฏิบัติ

8. จัดเวทีประชุมการจัดการความรู้การดำเนินการรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ โดยใช้วิธีถอดบทเรียน เพื่อร่วมกันทบทวนแนวทาง ผลการปฏิบัติงาน ปัญหาข้อขัดแย้งสรุปประเด็นที่จะใช้ประกอบเป็นการวางแผนการดำเนินงานต่อไป

9. สัมภาษณ์ แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) เพื่อหาข้อมูลปัจจัยความสำเร็จในรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์

10. วัดผลการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ โดยใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ หลังการพัฒนา



3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ ปัจจัยความสำเร็จตามรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามส่วนที่ 2 เป็นการประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จำแนกเป็นคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Likert (1976) และมีการกำหนดการให้ค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 29 ข้อ คือ ดำเนินงานมากที่สุด (5 คะแนน) ดำเนินงานมาก (4 คะแนน) ดำเนินงานปานกลาง (3 คะแนน) ดำเนินงานน้อย (2 คะแนน) และดำเนินงานน้อยที่สุด (1 คะแนน) ในทางตรงกันข้ามให้ค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ คือ ดำเนินงานน้อยที่สุด (5 คะแนน) ดำเนินงานน้อย (4 คะแนน) ดำเนินงานปานกลาง (3 คะแนน) ดำเนินงานมาก (2 คะแนน) และดำเนินงานมากที่สุด (1 คะแนน)

เกณฑ์การแปลผล ผู้วิจัยแปลผลระดับคะแนน เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ (Best, 1997: 190) มีรายละเอียดดังนี้

$$\text{ระดับช่วงชั้น} = \frac{\text{Max} - \text{Min}}{\text{Level}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ระดับการดำเนินงานมาก

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ระดับการดำเนินงานปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ระดับการดำเนินงานน้อย

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเนื้อหา การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาแนวทางรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ หลักการ แนวทางการดำเนินงาน แผนงานโครงการ การจัดการ และการติดตามประเมินผล

3. การศึกษาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

4. นำเนื้อหา เอกสาร ตำรา ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมาเป็นตัวกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย



5. กำหนดโครงสร้างเนื้อหา แนวคิด และทฤษฎีที่นำมาใช้ นำมาสร้างข้อความให้ครอบคลุมเนื้อหา วัตถุประสงค์การวิจัยและวัตถุประสงค์ ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูล แบบสังเกต

3.6 การสร้างและการตรวจสอบเครื่องมือ

3.6.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามให้ประธานกรรมการและกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์พิจารณา แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาและความชัดเจนของภาษา และพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม กับ วัตถุประสงค์ ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of Item of Objective Congruence) ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนในแต่ละข้อ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ให้ 1 เมื่อข้อคำถาม คำตอบ สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถาม คำตอบ สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อคำถาม คำตอบ ไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยโดยคิดจากคะแนนรวมของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนน ซึ่งถ้าค่า IOC มีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไปถือว่าข้อคำถามนั้นผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน โดยได้ค่า IOC เท่ากับ 0.8

3.6.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา เมื่อปรับปรุงเรียบร้อยแล้วนำเครื่องมือตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราซ (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าเฉลี่ยเชื่อมั่นที่ได้จากการคำนวณต้องมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ถือว่ามีความเชื่อมั่น (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2547) ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำเครื่องมือทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.89

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการดำเนินการแบ่งออกได้ ดังนี้

3.7.1 ศึกษาหาความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชน และการดำเนินงานฝากครรภ์ของหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข

3.7.2 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน เพื่อแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย รูปแบบ แผนงาน ระยะเวลาที่จะดำเนินการ ขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

3.7.3 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้เข้าพบและแนะนำสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มประชากรตัวอย่าง เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพอันดี ซึ่งแจ้งรายละเอียดของวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล



3.7.4 จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานให้เพียงพอ

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากผู้วิจัยได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จะทำการตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้งหนึ่งแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนา และภาพตาราง ประกอบการบรรยาย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 วิเคราะห์ระดับผลการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ หลังการวิจัยโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน

เปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ก่อนการวิจัยและหลังการวิจัย โดยใช้สถิติ Paired Samples t – test โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมู่ตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่วิเคราะห์และพิจารณาเชิงเหตุผล (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2552) พร้อมทั้งสรุปประเด็น

3.9 จริยธรรมในการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยในทุกขั้นตอนที่มีความเกี่ยวข้องกับประชาชน การจะดำเนินการศึกษาวิจัยได้นั้น จะต้องผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ก่อนเพื่อควบคุมการวิจัยให้อยู่ในกรอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว นักศึกษาจึงจะสามารถดำเนินการวิจัยได้ โดยการดำเนินการวิจัยจะต้องอยู่ภายใต้กรอบจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ใน อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีความมุ่งหมายการวิจัย 1) เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี 2) เพื่อศึกษากระบวนการสร้างรูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ 3) เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของรูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี และ 3) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) เลือกพื้นที่แบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่บ้านกระเบื้อง หมู่ที่ 6 ตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มแกนนำชุมชนที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล หญิงมีครรภ์ เจ้าหน้าที่งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 36 คน

4.1 สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้สื่อความหมายในการวิจัย

Σx	แทน	ค่าผลรวมของคะแนนในกลุ่ม
\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง หรือ N แทน จำนวนประชากร
t	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ Paired-Samples T Test
*	แทน	นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 ลำดับขั้นตอนการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านลักษณะทางประชากร

ตอนที่ 2 กระบวนการสร้างรูปแบบการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ตอนที่ 3 ข้อมูลผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี



ตอนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ตอนที่ 5 ข้อมูลปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านลักษณะทางประชากร

1. บริบทพื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย ตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย

1.1 ที่ตั้งและอาณาเขต

ตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของอำเภอเดชอุดม ระยะทางห่างจากจังหวัดอุบลราชธานีประมาณ 23 กิโลเมตร ห่างจากอุทุมประมาณ 20 กิโลเมตร และห่างจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมประมาณ 20 กิโลเมตร ห่างจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานีประมาณ 24 กิโลเมตร มีอาณาเขตดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับ ตำบลเมืองศรีไค อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ทิศใต้ ติดต่อกับ ตำบลป่าโมง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ ตำบลนาดี อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ ตำบลสระสมิง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.2 แผนที่ตำบลนาสว่าง ดังตัวอย่าง



1.3 สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสว่าง ตั้งอยู่ที่บ้านนาสว่าง หมู่ที่ 10 ตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ติดถนนวาริน เดชอุดม กิโลเมตรที่ 23 รับผิดชอบ จำนวน 12 หมู่บ้านแบ่งเป็น

หมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลนาสว่าง 4 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านนาสว่างหมู่ที่ 1 บ้านป่าม่วงหมู่ที่ 3, บ้านกุดยางหมู่ที่ 8 และบ้านนาสว่าง หมู่ที่ 10



หมู่บ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลนาสว่าง 8 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านเสาเล้าหมู่ที่ 2, 4 บ้านม่วงหมู่ที่ 5, บ้านกระเบื้องหมู่ที่ 6, บ้านหนองบัวหมู่ที่ 7, บ้านนาห้วยแคนหมู่ที่ 9 บ้านโนนกระแตหมู่ที่ 11 และบ้านโนนจิกหมู่ที่ 12

1.4 บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสว่าง

- 1) นางกัญญา ชัยมงคลยศ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส
- 2) นางรสรินทร์ สุวรรณพรหม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- 3) นายเมธิน ปะนิทานัง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
- 4) น.ส.สกวรัตน์ ตียาพันธ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน
- 5) นายภราดร โสภา ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
- 6) นายเวชพิสิฐ วรรณศรี ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน

ตาราง 4.1 อัตรากำลังบุคลากรแต่ละประเภทต่อประชากร

หมู่บ้าน	หลังคาเรือน	ประชากร	บุคลากร	อัตรากำลัง	
				ต่อหลังคาเรือน	ต่อประชากร
12	1,809	9,359	6	1: 302	1 : 1,560

ที่มา : จากระบบฐานข้อมูล JHCIS รพ.สต.นาสว่าง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2556

ตาราง 4.2 ทรัพยากรสาธารณสุขมูลฐานปี พ.ศ. 2556

ประเภท	จำนวน
อสม.	168
หมอนวดแผนไทย	12
ครูอนามัย	7
เยาวชนสาธารณสุขในโรงเรียน	23
อาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียน	35
หอกระจายข่าว	12
ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	12
ชมรมสร้างสุขภาพ	12
ชมรมผู้สูงอายุ	12
สนามกีฬาในหมู่บ้าน	9
ชมรม อสม. ระดับอำเภอ	1

ที่มา : จากระบบฐานข้อมูล JHCIS รพ.สต.นาสว่าง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2556



ตาราง 4.3 เขตการปกครองตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

เขตการปกครอง	รวม
ตำบล	1
หมู่บ้าน	12
เทศบาลตำบล	1
องค์การบริหารส่วนตำบล	1
หลังคาเรือน	1,609
ประชากรทั้งหมด	9,023
ชาย	4,452
หญิง	4,571

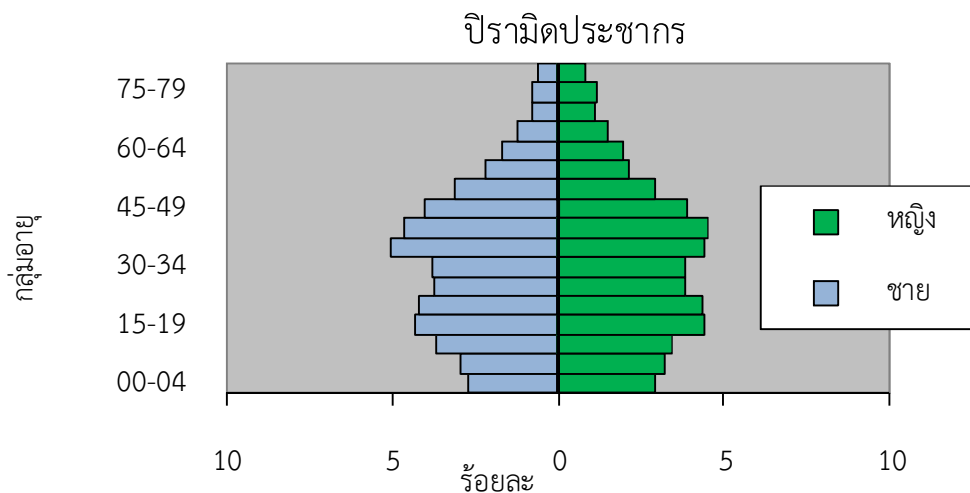
ที่มา : จากระบบฐานข้อมูล JHCIS รพ.สต.นาสว่าง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2556

ตาราง 4.4 รายชื่อหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	หลังคาเรือน	ประชากร (คน)
1	นาสว่าง	194	1,128
2	เสาเล้า	97	577
3	ป่าม่วง	179	914
4	เสาเล้า	162	949
5	ม่วง	130	709
6	กระเปื้อง	109	639
7	หนองบัว	71	395
8	กุดยาง	75	480
9	นาห้วยแคน	144	808
10	นาสว่าง	170	827
11	โนนกระแต	149	847
12	โนนจิก	129	723
รวม		1,609	9,023

ที่มา : ข้อมูลประชากร UC ธันวาคม 2556





ที่มา : จากสรุปรายงานประจำปี รพ.สต.นาสว่าง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2556

ภาพประกอบ 4.1 ปิรามิดประชากร ตำบลนาสว่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2556

ตาราง 4.5 จำนวนประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศปี 2556

กลุ่มอายุ	ชาย	หญิง	รวม	%ชาย	%หญิง
00-04	244	265	509	2.70	2.94
05-09	265	293	558	2.94	3.25
10-14	331	312	643	3.67	3.46
15-19	390	401	791	4.32	4.44
20-24	376	395	771	4.17	4.38
25-29	338	348	686	3.75	3.86
30-34	341	349	690	3.78	3.87
35-39	453	397	850	5.02	4.40
40-44	420	409	829	4.65	4.53
45-49	362	352	714	4.01	3.90
50-54	278	266	544	3.08	2.95
55-59	200	193	393	2.22	2.14
60-64	154	176	330	1.71	1.95
65-69	108	135	243	1.20	1.50
70-74	70	100	170	0.78	1.11
75-79	70	104	174	0.78	1.15
80+	52	76	128	0.58	0.84
รวม	4,452	4,571	9,023	49.34	50.66

ที่มา : จากการสำรวจ, ประชากร UC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2556



ตาราง 4.6 ข้อมูลสภาวะสุขภาพรายหมู่บ้าน ตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อหมู่บ้าน	หมู่ที่	จำนวนประชากร	จำนวนผู้ป่วย				รวม
			เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	ผู้พิการ	วัณโรค	
นาสว่าง	1	1119	43	35	17	0	95
เสาเล้า	2	750	15	17	9	0	41
ป่าม่วง	3	892	14	19	4	1	38
เสาเล้า	4	1019	26	25	15	0	66
ม่วง	5	701	27	15	8	2	52
กระเบื้อง	6	694	22	24	10	0	56
หนองบัว	7	366	8	3	1	0	12
กุดยาง	8	467	8	5	3	0	16
นาห้วยแคน	9	857	28	23	13	0	64
นาสว่าง	10	868	31	36	14	0	81
โนนกระแต	11	903	20	18	4	1	43
โนนจิก	12	723	10	10	7	0	27
รวม		9,359	252	230	105	4	591

ที่มา : จากสรุปรายงานประจำปี รพ.สต.นาสว่าง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2556

ตาราง 4.7 จำนวนและอัตราป่วยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับโรคจำแนกตามสาเหตุการป่วย ปี 2554 - 2556

ที่	สาเหตุการป่วย	ปี 2554		ปี 2555		ปี 2556	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1	โรกระบบทางเดินหายใจ	2,338	26,093	2,275	25,132	2,116	22,609
2	โรกระบบย่อยอาหาร						
	รวมโรคในช่องปาก	2,263	25,256	1,408	15,554	1,332	14,232
3	อาการผิดปกติจากการตรวจที่ไม่สามารถจำแนกกลุ่มโรคได้	1,910	21,316	1,358	15,120	1,122	11,988
4	โรกระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและกล้ามเนื้อยึดเสริม	1,839	20,524	1,006	11,113	1,006	10,749
5	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ						
	โภชนาการ	945	10,546	916	10,119	765	8,174



ตาราง 4.7 (ต่อ)

ที่	สาเหตุการป่วย	ปี 2554		ปี 2555		ปี 2556	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
6	โรคติดเชื้อและปรสิต	874	9,754	518	5,722	632	6,753
7	โรกระบบประสาท	598	6,674	328	3,623	356	3,804
8	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อ	510	5,691	284	3,112	284	3,035
9	โรคตา	257	4,933	277	2,840	218	2,329
10	สาเหตุภายนอกอื่นๆ ที่ทำให้ป่วยหรือตาย	346	3,861	158	1,568	133	1,421

ที่มา : รายงาน 504 ข้อมูลถึง 31 ธันวาคม 2556

หมายเหตุ : อัตราต่อ 100,000 ประชากร

ตาราง 4.8 สาเหตุการตาย และอัตราตาย 5 อันดับแรก ประชากร ปี 2556

ลำดับ	สาเหตุการตาย	จำนวน	อัตรา : 1,000
1	โรคหัวใจและหลอดเลือด	16	1.71
2	ไตวาย	5	0.53
3	โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน	3	0.32
4	อุบัติเหตุจราจร	2	0.21
5	โรคติดเชื้อและปรสิต	1	0.11

ที่มา : รายงานสอบสวนสาเหตุการตาย ปี 2556

ตาราง 4.9 ข้อมูลการให้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย จำนวนผู้มารับบริการ 3 ปี ย้อนหลัง ตามกลุ่มบริการ

กลุ่มผู้ป่วย	ปี 2554		ปี 2555		ปี 2556	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
เด็ก 0-12 ปี	1,271	4,451	1,501	6,440	1,670	7,169
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	176	555	160	419	268	598
ประชาชนทั่วไป	3,560	8,621	2,734	10,119	3,293	12,047
ประกันสังคม	119	394	208	461	247	478
ผู้พิการ	32	132	32	157	64	223
ผู้สูงอายุ	395	1,987	437	2,293	619	2,867
รวม	5,553	16,140	5,072	19,889	6,161	23,382

ที่มา : จากระบบฐานข้อมูล JHCIS รพ.สต.นาสว่าง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2556



ผลการศึกษาพบว่า ตำบลนาสว่าง เป็นชุมชนชนบทกึ่งเมือง อยู่ในเขตการปกครองของอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด จำนวน 12 หมู่บ้านแบ่งเป็น หมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลนาสว่าง 4 หมู่บ้าน และหมู่บ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลนาสว่าง 8 หมู่บ้าน มีครัวเรือนจำนวน 1,609 หลังคาเรือน ประชากรจำนวน 9,023 คน แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 4,452 คน เพศหญิงจำนวน 4,571 คน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพเกษตรกร และรับจ้าง โดยส่วนใหญ่ประชากรเป็นกลุ่มวัยทำงาน สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสว่าง มีเจ้าหน้าที่ 6 คน อัตราส่วนเจ้าหน้าที่ 1 คน ต่อประชาชน 1,872 คน ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรในพื้นที่ ได้แก่ โรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ผู้พิการ และวัณโรค เป็นต้น ส่วนข้อมูลสถานการณ์การฝากครรภ์ล่าช้าย้อนหลัง 3 ปี (54-56) พบว่า ตำบลนาสว่าง มีอัตราการฝากครรภ์ล่าช้า เท่ากับ ร้อยละ 59 , 56 และ 62 ตามลำดับ ซึ่งจะพบว่าอัตราการฝากครรภ์ล่าช้าในตำบลนาสว่างยังสูงกว่า ป้าหมายกระทรวงและตัวชี้วัดจังหวัดอุบลราชธานี ที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 50 เป็นต้น

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.50 ส่วนใหญ่อยู่อายุระหว่าง 40-49 ปี และ 50-59 ปี ร้อยละ 27.8 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 86.1 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 38.9 และมีตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและตัวแทนหญิงมีครรภ์ มากที่สุด ร้อยละ 27.8 ตามลำดับ

ตาราง 4.10 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=36)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	16	44.5
หญิง	20	55.5
2.อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30	6	16.7
30 - 39	9	25.0
40 - 49	10	27.8
50 - 59	10	27.8
60 ขึ้นไป	1	2.7
$\bar{x} = 41.78$		
3.สถานภาพ		
โสด	4	11.1
สมรส	31	86.1
หม้าย/หย่า/แยก	1	2.7



ตาราง 4.10 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
4.ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	16.7
มัธยมศึกษา	14	38.9
อนุปริญญา	2	5.5
ปริญญาตรี	11	30.6
สูงกว่าปริญญาตรี	3	8.3
5.ตำแหน่งหน้าที่		
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน	5	13.8
เจ้าหน้าที่ อบต./สมาชิก อบต.	5	13.8
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	6	16.6
ตัวแทนหญิงมีครรภ์	10	27.8
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	10	27.8

ตอนที่ 2 กระบวนการสร้างรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์
ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ในการสร้างรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิง
มีครรภ์ ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เกี่ยวข้อง โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินงาน เพื่อสร้าง
รูปแบบการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่ม
A-I-C ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

กิจกรรมที่ดำเนินการก่อนที่จะจัดการประชุม เพื่อระดมความคิดเห็นในการสร้าง
รูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ โดยมีขั้นตอนในการเตรียมการ
ดังนี้

1) การวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาอุปสรรค การสำรวจข้อมูลพื้นฐาน
บริบทของพื้นที่ และสภาพการดำเนินงาน โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารภายในชุมชน และหน่วยงาน
ราชการที่อยู่ในพื้นที่ สำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ตำบลนาสว่าง

2) การวิเคราะห์และคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ผู้เข้าร่วมประชุม เป็นผู้ที่มีส่วน
สำคัญและเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านการให้บริการฝากครรภ์ จำนวน 36 คน ซึ่งประกอบด้วย
อาสาสมัครสาธารณสุข กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล หญิงมีครรภ์ เจ้าหน้าที่
งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์ และ พยาบาล
วิชาชีพ โดยหลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยได้ประสานไปยังกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือใน
การเข้าร่วมการประชุมตามรูปแบบของจริยธรรมการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ
ประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมประชุม



3) การจัดประชุมกรรมการหมู่บ้านและการเตรียมชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้าใจถึงวัตถุประสงค์เบื้องต้นของการประชุม และประโยชน์ที่ชาวบ้านจะได้รับ เพื่อชี้แจงให้กรรมการหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้านเข้าใจถึงความสำคัญในการจัดประชุม โดยผู้วิจัยได้จัดประชุมกรรมการหมู่บ้านประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน กำนัน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เตรียมชุมชนสำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการ และการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม พร้อมทั้งซักถามปัญหาทั่วไป ที่บ้านกระเบื้อง หมู่ 6 ตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 18 คน

4) การเตรียมตัวของทีมวิจัย ให้สามารถดำเนินการประชุมได้อย่างราบรื่น สร้างความมั่นใจการนำการประชุม และให้ทีมงานเข้าใจขั้นตอนและกระบวนการในการจัดประชุม โดยศึกษาขั้นตอนการจัดประชุม A-I-C อย่างละเอียด วางแผนการดำเนินการประชุม (จัดความรับผิดชอบ) และเตรียมเกมต่างๆ โดยการจัดประชุมเตรียมทีมวิจัยที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

5) การเตรียมอุปกรณ์และสถานที่จัดประชุม โดยการเตรียมสถานที่ที่ผู้วิจัยได้ประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสว่าง ในการเลือกสถานที่ประชุม ได้ศาลากลางบ้านกระเบื้อง หมู่ 6 ตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนวัสดุอุปกรณ์ที่จะใช้ในการประชุม เครื่องเสียง ประสานขอสนับสนุนจากเทศบาลตำบลนาสว่าง ส่วนวัสดุอื่น ๆ ทีมผู้วิจัยจัดเตรียมไปเอง

2.ขั้นการสร้างความรู้ (Appreciation; A)

ขั้นตอนนี้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็น รับฟัง และหาข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็นประชาธิปไตย โดยใช้การวาดภาพเป็นสื่อในการแสดงข้อคิดเห็น ซึ่งแบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่

1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในปัจจุบัน (A1) โดยจากการวาดภาพ โดยพบว่าปัญหาที่เกิดจากการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในตำบลนาสว่าง เกิดจาก การไม่ทราบว่าจะตั้งครรภ์ การไม่ทราบผลกระทบจากการฝากครรภ์ล่าช้า และความจำเป็นของการฝากครรภ์ตามกำหนด การไม่ทราบว่าต้องมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และไม่วางต้องประกอบอาชีพ การเดินทางไปประกอบอาชีพที่ต่างจังหวัด และ การไม่พร้อมที่จะมีบุตร

2) การกำหนดอนาคตของหมู่บ้านว่าต้องการให้เกิดการพัฒนาในทิศทางใด (A2) ในส่วนของการกำหนด อนาคตของชุมชน ตำบลนาสว่าง ในการป้องกันปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้า ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการได้ระดมความคิดเห็น โดยการวาดภาพ มีการกำหนดอนาคตของชุมชนว่า ตำบลนาสว่างจะต้องมีการฝากครรภ์ตามกำหนด ไม่เกิน 12 สัปดาห์ เด็กที่เกิดมาจะต้องมีสุขภาพดี แม้ก็จะต้องปลอดภัย หญิงมีครรภ์จะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี การตั้งครรภ์จะต้องเกิดจากความพร้อมของหญิงมีครรภ์ และ การให้บริการของเจ้าหน้าที่มีคุณภาพ และผู้รับบริการประทับใจ ดังนั้นทางที่ประชุมจึงมีข้อตกลงร่วมกันที่จะต้องมีการหามาตรการเพื่อส่งเสริมให้มีการฝากครรภ์ตามกำหนด และส่งเสริมการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ต่อไป



3 ขั้นการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I)

คือหลังจากการตกลงร่วมกันในขั้น A2 แล้ว หลังจากนั้นเป็นช่วงการหามาตรการหรือวิธีการในการพัฒนาและการค้นหาเหตุผลเพื่อจัดลำดับความสำคัญตามความเห็นของกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่

3.1 การคิดโครงการที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ (I1) เป็นการระดมความคิดเห็นโดยจากการประชุม โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

3.1.1 การทบทวนมาตรการเพื่อส่งเสริมให้มีการฝากครรภ์ตามกำหนด และส่งเสริมการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์

3.1.2 สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มย่อยเขียนแนวทาง กิจกรรม ลักษณะโครงการบนแผ่นกระดาษ เพื่อให้เสนอให้กลุ่มย่อยพิจารณา

3.1.3 แต่ละคนนำเสนอแนวทาง โดยชี้แจงเหตุผล ความจำเป็น ประโยชน์

3.1.4 รวบรวมข้อเสนอแต่ละคนจัดเป็นหมวดหมู่ โดยต้องเป็นแนวทางที่กลุ่มเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นข้อเสนอของกลุ่ม

3.1.5 ผู้แทนกลุ่มนำเสนอสมาชิกในกลุ่มซักถามให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเมื่อดำเนินการเสร็จแล้ว ได้โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้า โดยได้กำหนดโครงการดังนี้

ตาราง 4.11 โครงการ กิจกรรมเพื่อป้องกันการลดการฝากครรภ์ล่าช้า ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

โครงการ	กิจกรรม (Activities)	กลุ่มเป้าหมาย (Target group)	ภาคี (Partner)
1.การให้บริการรับฝากครรภ์เชิงรุก	1) จัดทำคำสั่งทีมให้บริการรับฝากครรภ์ใน การปฏิบัติงานเชิงรุก	หญิงมีครรภ์ ประชาชน	สสอ.รพช. เดชอุดม
	2) ประชุมวางแผน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ร่วมกับศูนย์ประสานงาน อสม.		รพ.สต. อสม.
	3) สืบหาข้อมูลหญิงมีครรภ์หรือกลุ่มเสี่ยง (อาจตั้งครรภ์)		
	4) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบบูรณาการ ร่วมกับคณะกรรมการสุขภาพชุมชน		
	5) ศูนย์ประสานงาน อสม.เชื่อมโยงข้อมูลและ จัดทำแผนการออกบริการเชิงรุกในชุมชน เป็นรายเดือนร่วมกับทีม รพสต.		
	6) ออกปฏิบัติงาน รับบริการฝากครรภ์โดย กรณีการฝากครรภ์ที่อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์		



ตาราง 4.11 (ต่อ)

โครงการ	กิจกรรม (Activities)	กลุ่มเป้าหมาย (Target group)	ภาคี (Partner)
2.การสร้างเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์ในชุมชน	1) การแต่งตั้งที่ปรึกษาการดำเนินงาน 2) การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาแก่คณะกรรมการดำเนินงาน 3) การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน 4) การสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายการป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้า	-แกนนำชุมชน -ผอ.โรงเรียน -รพ.สต./อสม.	-สสอ.รพช. เดชอุดม -วิทยาการ จาก รพ.สต.
3.การสื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างกระแส เพื่อส่งเสริมการฝากครรภ์ตามกำหนด	1) ประชาคมเพื่อหาข้อความสื่อดีที่ตรงใจกลุ่มเป้าหมายในชุมชน 2) ผลิตสื่อและเผยแพร่ในชุมชน เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ สปอร์ตความรู้ชุดความรู้เผยแพร่ทางหอกระจายข่าวชุมชน 3) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์เหตุผลความจำเป็นในการฝากครรภ์ตามกำหนด และผลกระทบจากการฝากครรภ์ล่าช้า	-ประชาชน ทั่วไป -หญิงมีครรภ์	-ผอ. โรงเรียน -รพ.สต./ อสม. ตำรวจ
4. สร้างศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์ในหมู่บ้าน	1) การจัดตั้งศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ในชุมชน หมู่บ้านละ 1 แห่ง 2) การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่/อสม.ผู้รับผิดชอบในการให้บริการในศูนย์การเรียนรู้ 3) การศึกษาดูงานศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่ประสบความสำเร็จหรือการศึกษาการดำเนินงานให้บริการฝากครรภ์ในสถานบริการที่มีคุณภาพ 4) การสนับสนุนงบประมาณแก่ศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์เพื่อจัดซื้อ วัสดุ อุปกรณ์ เพื่อพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ 5) การอบรมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้บริการในศูนย์การเรียนรู้การฝาก	-ประชาชน ทั่วไป -หนึ่งแห่งต่อ หนึ่งหมู่บ้าน	-เทศบาล/ อบต. -รพ.สต./ อสม. เทศบาล อบต.



ตาราง 4.11 (ต่อ)

โครงการ	กิจกรรม (Activities)	กลุ่มเป้าหมาย (Target group)	ภาคี (Partner)
5. การสร้างและพัฒนาแกนนำชุมชนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน	1) อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการฝากครรภ์ อนามัยแม่และเด็ก สำหรับแกนนำชุมชน	-ผู้นำชุมชน -อสม. -อาสาสมัคร	-สสอ.รพช. -เดชอุดม -ผอ. -โรงเรียน -รพ.สต.
6. การสร้างครัวเรือนต้นแบบในการส่งเสริมการฝากครรภ์	1) การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ครัวเรือนต้นแบบการส่งเสริมการฝากครรภ์ดีเด่น 2) การจัดทำเกณฑ์การประกวด ครัวเรือนต้นแบบ 3) การประชาสัมพันธ์การประกวด	-ประชาชน -ทั่วไป	-สสอ.รพช. -เดชอุดม -ผอ. -โรงเรียน -รพ.สต./
7. การสร้างอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ล่าช้าในชุมชน	14) การดำเนินการคัดเลือกครัวเรือนต้นแบบการส่งเสริมการฝากครรภ์ดีเด่น 5) การมอบรางวัล 6) การขยายผลการดำเนินงานในปีต่อไป) แต่งตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังพฤติกรรมระดับหมู่บ้าน (อสม , เยาวชน) , ครัวเรือน(ย่า,ยาย) 2) อบรมให้ความรู้อาสาสมัคร 3) ติดตาม สนับสนุนการดำเนินการของอาสาสมัคร	-อสม. -ย่า,ยาย -เยาวชน	-รพ.สต./ -อสม.
8. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน	1) ร่วมตรวจเยี่ยมเครือข่ายเฝ้าระวังพฤติกรรมระดับหมู่บ้าน, ครัวเรือน และแกนนำเยาวชน 2) ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน 3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน 4) ถอดบทเรียนการดำเนินงาน	-ผู้นำชุมชน -คณะกรรมการ -เครือข่าย	-รพ.สต./ -อสม.



2) การจัดลำดับความสำคัญของโครงการ (I2)

โดยในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ให้ผู้เข้าร่วมประชุม ดำเนินการ 1) พิจารณาแนวทาง โครงการ / กิจกรรมแต่ละข้อ โดยจัดลำดับความสำคัญ ความต้องการ การเกื้อหนุนจากคนองค์กรใด ที่เห็นว่าสำคัญ และควรคำนึงถึงความสำเร็จในการปฏิบัติ 2) ผู้แทนกลุ่มคัดเลือก จัดกิจกรรมไว้เป็นประเภท โดยรวมกิจกรรมที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน และจัดประเภทกิจกรรม ที่สมาชิกทำได้เอง กิจกรรมที่ร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรในท้องถิ่น โครงการ / กิจกรรมที่ขอความร่วมมือจากองค์กรนอกท้องถิ่น 3) เมื่อแยกประเภทแล้ว แต่ละคนพิจารณาว่าหากมีทรัพยากร จำกัด จะเลือกโครงการใดที่คิดว่าสำคัญที่สุด 3-5 กิจกรรม โดยเขียนลำดับบนกระดาษแล้ว รวมคะแนนกิจกรรมที่ได้คะแนนมากที่สุด ให้เป็นลำดับหนึ่ง โดยผลการดำเนินงานในขั้นตอนนี้ แบ่งโครงการ / กิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท

2.1) กิจกรรมหรือโครงการที่ชาวบ้านดำเนินการเอง มี 1 โครงการ ประกอบด้วย 1) โครงการสร้างอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ล่าช้าในชุมชน

2.2) กิจกรรมหรือโครงการที่ชาวบ้านดำเนินการเองบางส่วนและขอความช่วยเหลือจากแหล่งทุนภายนอก มี โครงการ ประกอบด้วย 1) โครงการสร้างและพัฒนาแกนนำชุมชนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน 2) โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างกระแส เพื่อส่งเสริมการฝากครรภ์ตามกำหนด 3) โครงการสร้างครัวเรือนต้นแบบในการส่งเสริมการฝากครรภ์ 4) การสร้างเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์ในชุมชน 5) การให้บริการรับฝากครรภ์เชิงรุก 6) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

2.3) กิจกรรมหรือโครงการที่สามารถขอจากภาครัฐโดยผ่าน อปท. มี 1 โครงการ คือ โครงการสร้างศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์ในหมู่บ้าน

4 ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control; C)

คือหลังจากการจัดลำดับความสำคัญของโครงการเสร็จแล้ว จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมความคิดเห็นในการนำเอาโครงการ หรือกิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินงาน ซึ่งจะรับผิดชอบต่อโครงการหรือกิจกรรมขั้นตอนนี้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่

1) การแบ่งกลุ่มรับผิดชอบ (C1)

2) การตกลงรายละเอียดในการดำเนินงาน (C2)

โดยในการเลือกโครงการที่จะทำ ประกอบด้วย หลัก 2 ประการ คือ 1) โครงการที่สามารถทำได้เอง ให้ผู้เข้าร่วมประชุมตัดสินใจเลือกที่จะทำโดยลงชื่อในกระดาษของแต่ละโครงการ แบ่งกลุ่มย่อย ตามโครงการที่สมาชิกลงชื่อไว้ ส่วน 2) โครงการ / กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับองค์กรอื่นๆ สมาชิกร่วมกันเสนอมอบหมายให้บุคคล หรือกลุ่มดำเนินการประสาน ติดตาม หรือยื่นข้อเสนอ เนื่องจากโครงการทั้งหมดที่กลุ่มตัวอย่างคิดขึ้นมา ส่วนใหญ่เป็นโครงการที่สามารถทำได้เอง และเป็นโครงการที่เครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมอยู่แล้ว ดังนั้นที่ประชุมจึงมีมติเลือกทุกโครงการในการดำเนินการเพื่อป้องกันปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในชุมชน หลังจากนั้น จึงเข้าสู่กระบวนการทำแผนปฏิบัติการ โดยผู้วิจัย ได้ให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนปฏิบัติการ ดังนี้

1. จัดทำแผนปฏิบัติการที่ทำได้เอง โดยนำแนวทาง กิจกรรมต่าง ๆ ที่จำแนกกลุ่มไว้แล้วมาทำแผนปฏิบัติการ โดยตอบ คำถาม ดังนี้

ทำอะไร (ชื่อโครงการ)

ทำแล้วได้อะไร (ผลที่คาดว่าจะได้รับ เกิดขึ้น)



ทำอย่างไร (กิจกรรม วิธีดำเนินการ)
 ต้องใช้ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณเท่าใด
 ทำที่ไหน (สถานที่ที่จะดำเนินโครงการ)
 ทำเมื่อไร (วันเวลาที่จะดำเนินโครงการ)
 ใครบ้างจะช่วยทำ
 ใครรับผิดชอบ (ผู้ดูแล ประสานงาน)

2. กิจกรรมที่ต้องขอความร่วมมือสนับสนุนจากองค์กรอื่น นำมาทำแผนโดย

ตอบคำถามดังนี้

ทำอะไร (ชื่อโครงการ)
 ทำแล้วได้อะไร (ผลที่คาดว่าจะได้รับ / เกิดขึ้น)
 ประสานงานกับหน่วยงานอะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร
 ใครเป็นผู้ประสานงาน ติดตามความก้าวหน้า

หลังจากการทำแผนปฏิบัติการเสร็จแล้ว ให้ผู้เข้าร่วมประชุมนำเสนอ รายละเอียดของโครงการ / กิจกรรม และ อภิปรายเพิ่มเติมและตกลงดำเนินงาน มอบหมายงาน กำหนดวันเวลา สถานที่ ดำเนินการและ การเตรียมการเพื่อเสนอแผนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อ ประสานขอรับการสนับสนุน หรือส่งเสริมและเข้าร่วมพัฒนา ผู้วิจัยจะได้นำเสนอในลักษณะของตาราง ทั้ง 2 ขั้นตอนดังต่อไปนี้



ตาราง 4.12 แผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อโครงการ/ กิจกรรม	หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	วิธีดำเนินการ	กำหนด เวลา	ค่าใช้จ่ายและ แหล่งเงิน	ผู้รับผิดชอบ	ผู้ให้ ความ ร่วมมือ
1.โครงการสร้าง อาสาสมัครเฝ้า ระวังการฝากครรภ์ ล่าช้าในชุมชน	ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและรู้ปัญหา ของชุมชนได้ดีที่สุดก็คือ บุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชน ดังนั้น การสร้าง อาสาสมัครที่เกิดขึ้นใน ระดับครอบครัวและชุมชน เพื่อเฝ้าระวังปัญหาการ ฝากครรภ์ล่าช้าในชุมชนจึง เป็นสิ่งจำเป็น	เกิด อาสาสมัคร เฝ้าระวังการ ฝากครรภ์ ล่าช้าในชุมชน	ระดับ ครอบครัว (ย่า,ยาย) ระดับ ชุมชน (เยาวชน, อสม.)	1.แต่งตั้งเครือข่ายเฝ้า ระวังพฤติกรรมระดับ หมู่บ้าน 2.อบรมให้ความรู้ อาสาสมัคร 3.ติดตามสนับสนุนการ ดำเนินงานของ อาสาสมัคร	พฤษภาคม ม 57	ไม่ใช้ งบประมาณ รพ.สต.	ผู้นำชุมชน อสม. รพ.สต.	สสอ.รพ. เดชอุดม
2.โครงการสร้าง และพัฒนาแกนนำ ชุมชนเพื่อ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานใน ชุมชน	แกนนำชุมชนเป็นส่วน สำคัญในการผลักดันให้ การดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพในชุมชนประสบ ผลสำเร็จ ดังนั้น การสร้าง และพัฒนาแกนนำชุมชน ให้มีความรู้ ความสามารถ จึงเป็นสิ่งจำเป็น	เกิดแกนนำ ชุมชนที่มี ความรู้เพื่อ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน	ผู้นำชุมชน	1) อบรมให้ความรู้ เกี่ยวกับการส่งเสริมการ ฝากครรภ์ อนามัยแม่ และเด็ก สำหรับแกนนำ ชุมชน	พฤษภาคม ม 57	สนับสนุน จาก เทศบาล อบต. รพ.สต	รพ.สต.	สสอ. รพ.เดช อุดม

ตาราง 4.12 (ต่อ)

ชื่อโครงการ/ กิจกรรม	หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	วิธีดำเนินการ	กำหนด เวลา	ค่าใช้จ่ายและ แหล่งเงิน	ผู้รับผิดชอบ	ผู้ให้ ความ ร่วมมือ
3.โครงการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สร้าง กระแส เพื่อส่งเสริม การฝากครรภ์ตาม กำหนด	การสร้างความตระหนัก ให้เกิดการปรับเปลี่ยน ทัศนคติ และพฤติกรรม ของประชาชนเป็นสิ่ง สำคัญ โดยแนวทางหนึ่ง ในการดำเนินการที่ให้ผล ได้เร็วคือโครงการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สร้าง กระแสให้เกิดความ ตื่นตัวเพื่อกระตุ้นให้เกิด การเปลี่ยนแปลงใน ชุมชน	1.ประชาชนมี ความรู้ที่ ถูกต้อง เกี่ยวกับการ ฝากครรภ์ตาม กำหนด(ก่อน 12 สัปดาห์) 2.หญิงมีครรภ์ เกิดความ ตระหนักถึง ความสำคัญ และผลกระทบ ที่จะ เกิดขึ้นจาก การฝากครรภ์ ล่าช้า	ประชาชน ทั่วไป หญิงมี ครรภ์	1) ประชาคมเพื่อหา ข้อความสื่อที่ตรงใจ กลุ่มเป้าหมายในชุมชน 2) ผลิตสื่อและเผยแพร่ ในชุมชน เช่น ป้าย ประชาสัมพันธ์ สปอร์ต ความรู้ ชุดความรู้เผยแพร่ทาง หอกระจายข่าวชุมชน 3) การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เกี่ยวกับการฝากครรภ์ เหตุผลความจำเป็นใน การฝากครรภ์ตาม กำหนด และผลกระทบ จากการฝากครรภ์ล่าช้า	พฤษภาคม 57	สนับสนุน จาก เทศบาล อบต. รพ.สต	ผู้นำชุมชน อสม. รพ. สต. ผู้อำนวยการ โรงเรียน อบต. เทศบาล	สสอ. รพ.เดช อุดม สถานี ตำรวจ

ตาราง 4.12 (ต่อ)

ชื่อโครงการ/ กิจกรรม	หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	วิธีดำเนินการ	กำหนด เวลา	ค่าใช้จ่ายและ แหล่งเงิน	ผู้รับผิดชอบ	ผู้ให้ความ ร่วมมือ
4.โครงการ ครัวเรือนต้นแบบ ในการส่งเสริม การฝากครรภ์	การสร้างความตระหนัก การสร้างแรงจูงใจ ขวัญ และกำลังใจแก่ ประชาชนที่มีการปฏิบัติ ตัวดีเยี่ยมจำเป็น ดังนั้น การสร้างครัวเรือน ต้นแบบในการส่งเสริม การฝากครรภ์ จึงจำเป็น อย่างยิ่ง	สร้างความ ตระหนักและ ต้นแบบการ ฝากครรภ์ ระดับ ครอบครัว	ประชาชน ทั่วไปทุก ครัวเรือน	1) การแต่งตั้งคณะกรรมการ ดำเนินงานครัวเรือนต้นแบบ การส่งเสริมการฝากครรภ์ ดีเด่น 2) การจัดทำเกณฑ์การ ประกวดครัวเรือนต้นแบบ 3) การประชาสัมพันธ์การ ประกวด 4) การดำเนินการคัดเลือก ครัวเรือนต้นแบบการ ส่งเสริมการฝากครรภ์ดีเด่น 5) การมอบรางวัล 6) การขยายผลการ ดำเนินงานในปีต่อไป	มิถุนายน – กรกฎาคม 57	งบสนับสนุน จาก รพ.สต. อบต. เทศบาล	ผู้นำชุมชน อสม.	รพ.สต.
5.โครงการสร้าง เครือข่ายส่งเสริม การฝากครรภ์ใน ชุมชน	การดำเนินงานฝากครรภ์ จะต้องมีเครือข่ายเพื่อ สนับสนุนการทำงานเป็น การบูรณาการการทำงาน	มีเครือข่ายใน การเฝ้าระวัง การฝากครรภ์ ล่าช้าในชุมชน	-กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน /อสม./ อบต./	1) การแต่งตั้งที่ปรึกษาการ ดำเนินงาน 2) การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ในการให้คำปรึกษาแก่	พฤษภาคม 57	ไม่ใช้ งบประมาณ	ผู้นำชุมชน อสม. ผู้บริหาร โรงเรียน, เยาวชน	สสอ. รพ. เดชอุดม



ตาราง 4.12 (ต่อ)

ชื่อโครงการ/ กิจกรรม	หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	วิธีดำเนินการ	กำหนด เวลา	ค่าใช้จ่ายและ แหล่งเงิน	ผู้รับผิดชอบ	ผู้ให้ ความ ร่วมมือ
6.โครงการให้บริการ รับฝากครรภ์เชิงรุก	ร่วมกันอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิด จากการฝากครรภ์ล่าช้า ของหญิงมีครรภ์ในชุมชน		รพ.สต./ วัด/ โรงเรียน	คณะกรรมการดำเนินงาน 3) การสร้างเครือข่าย 4) การสนับสนุนการ ดำเนินงาน			รพ.สต.	
	การนำหญิงมีครรภ์เข้าสู่ ระบบการฝากครรภ์มี ความจำเป็น เนื่องจาก จะทำให้หญิงมีครรภ์ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และ เป็นการเฝ้าระวังความ เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะ ตั้งครรภ์	เพื่อให้หญิงมี ครรภ์เข้าสู่ ระบบการฝาก ครรภ์เร็วขึ้น	หญิงมี ครรภ์	หญิงมี ครรภ์	1) จัดทำคำสั่งทีมบริการรับ ฝากครรภ์เชิงรุก 2) ประชุมวางแผน แบ่งหน้าที่ ความรับผิดชอบ 3) สืบหาข้อมูลหญิงมีครรภ์ หรือกลุ่มเสี่ยง(อาจตั้งครรภ์) 4) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบบูรณาการร่วมกับ คณะกรรมการสภาสุขภาพ 5) ศูนย์ประสานงาน อสม. เชื่อมโยงข้อมูลและจัดทำ แผนการออกบริการเชิงรุก 6) ออกปฏิบัติงาน รับบริการ ฝากครรภ์	มี.ค.ถึง มี.ย. 57	รพ.สต.	รพ.สต./ อส ม.



ตาราง 4.12 (ต่อ)

ชื่อโครงการ/ กิจกรรม	หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	วิธีดำเนินการ	กำหนด เวลา	ค่าใช้จ่ายและ แหล่งเงิน	ผู้รับผิดชอบ	ผู้ให้ ความ ร่วมมือ
7.การติดตามและ ประเมินผลการ ดำเนินงาน	การดำเนินงานเพื่อ ป้องกันปัญหาการฝาก ครรภ์ล่าช้าที่มีความ จำเป็นอย่างยิ่ง จะต้องมีการ ติดตามเพื่อประเมิน ความก้าวหน้าของการ ดำเนินงานและการ ประเมินผลงานเพื่อให้ ทราบผลสัมฤทธิ์การ ดำเนินงาน	เพื่อติดตามและ ประเมินผลการ ดำเนินงาน และ การกำกับการ ดำเนินงาน กรณีเกิดปัญหา ระหว่าง ดำเนินงาน		1) ร่วมตรวจเยี่ยม เครือข่ายเฝ้าระวัง พฤติกรรม 2) ประชุมติดตามผลการ ดำเนินงาน 3) ประเมินผลการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงาน 4) ถอดบทเรียนการ ดำเนินงาน	พฤษภาคม คม 57	รพ.สต. งบสนับสนุน อสม.	เครือข่าย การ ดำเนินงาน ในชุมชน	สสอ. / รพสต.

ตาราง 4.12 (ต่อ)

ชื่อโครงการ/กิจกรรม	หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	วิธีดำเนินการ	กำหนดเวลา	ค่าใช้จ่ายและแหล่งเงิน	ผู้รับผิดชอบ	ผู้ให้ความร่วมมือ
8.โครงการสร้างศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์ในหมู่บ้าน	การเรียนรู้เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความเข้าใจที่ถูกต้อง และจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การสร้างศูนย์การเรียนรู้การฝากครรภ์ในชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ประชาชนและหญิงมีครรภ์ได้เข้าศึกษาหาความรู้ จากแหล่งความรู้ที่อยู่ในชุมชน	เกิดศูนย์การเรียนรู้เกี่ยวกับ การฝากครรภ์	1 แห่ง / 1 หมู่บ้าน	1) การจัดตั้งศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ในชุมชน หมู่บ้านละ 1 แห่ง 2) การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่/อสม. ผู้รับผิดชอบในการให้บริการในศูนย์การเรียนรู้ 3) การศึกษาดูงานศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่ประสบความสำเร็จหรือ การศึกษาการดำเนินงาน ให้บริการฝากครรภ์ในสถาน บริการที่มีคุณภาพ 4) การสนับสนุนงบประมาณแก่ศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์เพื่อจัดซื้อ วัสดุ อุปกรณ์ เพื่อพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ 5) การอบรมเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบในการให้บริการในศูนย์การเรียนรู้การฝากครรภ์	พ.ค.-มิ.ย. 57	สนับสนุนจาก อบต. เทศบาล รพ.สต.	ผู้นำหมู่บ้าน อบต. เทศบาล รพ.สต.	สสอ./รพ. เดชอุดม

สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการที่กำหนดในแผนปฏิบัติการ

โดยผู้วิจัยจะนำเสนอผลการดำเนินงานตามโครงการที่ชุมชนได้ร่วมกันจัดทำขึ้น โดยใช้กระบวนการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งในการสรุปผลการดำเนินงาน จะประกอบด้วย การสรุปผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หลักฐานที่พบ ปัจจัยเงื่อนไขในการดำเนินงานด้านบวก และด้านลบ แนวทางแก้ไข และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน รายละเอียดดังปรากฏตามภาพประกอบ 3 โดยจะได้นำเสนอต่อไปนี้

โครงการที่ 1 โครงการสร้างอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ล่าช้าในชุมชน

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ล่าช้าในชุมชน

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง เกิดอาสาสมัครเฝ้าระวังพฤติกรรมระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วย อสม. และ แกนนำเยาวชน เป็นอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในระดับหมู่บ้าน ส่วนอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในระดับครัวเรือน คือ ย่า ยาย ซึ่งมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างเป็นระบบและมีการวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

หลักฐานที่พบ มีการแต่งตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังพฤติกรรมระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วย อสม. และ แกนนำเยาวชน เป็นอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในระดับหมู่บ้าน ส่วนอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในระดับครัวเรือน คือ ย่า ยาย มีสรุปการประชุมการพัฒนาศักยภาพ โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์แก่อาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในระดับครัวเรือน / ระดับหมู่บ้าน มีการเฝ้าระวัง ตรวจเตือน หญิงมีครรภ์ให้เข้ารับบริการฝากครรภ์ มีบันทึกการประสานงานระหว่างอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในระดับครัวเรือน / ระดับหมู่บ้านกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ การสรุปผลการดำเนินงาน

ปัจจัยเงื่อนไขในการดำเนินงานด้านบวก ได้รับการสนับสนุนจากวิทยากรในการอบรมจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม และการติดตามสนับสนุนการทำงานโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสว่าง

ปัจจัยเงื่อนไขในการดำเนินงานด้านลบ เครือข่ายที่ร่วมดำเนินงานยังมีไม่เพียงพอเนื่องจาก การดำเนินงานระดับตำบลจำเป็นต้องได้เครือข่ายที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

แนวทางในการแก้ไขปัญหา คณะกรรมการฯ วางแผนการสร้างเครือข่ายโดยขยายกลุ่มเป้าหมายไปสู่โรงเรียน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ควรมีการประเมินความรู้ และความต้องการของเครือข่ายเฝ้าระวังพฤติกรรมระดับหมู่บ้าน ในการออกแบบหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการดำเนินงานเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในระดับหมู่บ้าน

โครงการที่ 2 โครงการสร้างและพัฒนาแกนนำชุมชน

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดแกนนำชุมชนที่มีความรู้เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง พบว่า เกิดแกนนำชุมชนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมการฝากครรภ์ อนามัยแม่และเด็ก ในชุมชน ประกอบด้วย กำนันตำบลนาสว่างเป็นประธาน นายกเทศบาลและนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสว่าง เป็นที่ปรึกษา ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน และ สมาชิก อบต. เป็นกรรมการ โดยมี ประธาน อสม. เป็นเลขานุการ



หลักฐานที่พบ มีอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการฝากครรภ์ อนามัยแม่ และเด็ก สำหรับแกนนำชุมชน และมีคำสั่งแต่งตั้งแกนนำชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมการฝากครรภ์ในชุมชน

ปัจจัยในการดำเนินงานด้านบวก แกนนำชุมชนให้ความร่วมมือ และการมีเวทีประชาคมหมู่บ้านในการจัดทำกติกาชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น และมีการขอมติชุมชนก่อนการดำเนินงาน

ปัจจัยในการดำเนินงานด้านลบ การเข้าร่วมกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน แกนนำที่เข้าร่วมยังไม่ครอบคลุม เช่น กลุ่มครู อาจารย์ และการเข้าร่วมการอบรมของแกนนำบางส่วนติดราชการและภารกิจอย่างอื่นทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

แนวทางในการแก้ไขปัญหา ในกลุ่มครูและแกนนำชุมชนที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม จะต้องการการอบรมหรือการถ่ายทอดความรู้เพิ่มขึ้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและเห็นถึงความสำคัญ และความจำเป็นในการส่งเสริมการฝากครรภ์

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ควรมีกิจกรรมศึกษาดูงานในชุมชนต้นแบบในการฝากครรภ์ดีเด่นในพื้นที่อื่น เพื่อเป็นการสร้างความตระหนัก และกระตุ้นแกนนำชุมชน

โครงการที่ 3 โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างกระแส เพื่อส่งเสริมการฝากครรภ์ตามกำหนด

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการฝากครรภ์ตามกำหนด (ก่อน 12 สัปดาห์) และเพื่อให้หญิงมีครรภ์เกิดความตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบ ที่จะเกิดขึ้นจากการฝากครรภ์ล่าช้า

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง ยังไม่มีการสำรวจพฤติกรรมฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ และความตระหนักของประชาชน แต่จากการสังเกตพบว่า ประชาชนเริ่มมีความสนใจเกี่ยวกับความจำเป็นที่จะต้องไปฝากครรภ์ โดยเฉพาะหญิงมีครรภ์ให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม และการมาฝากครรภ์ตามนัดมากขึ้น

หลักฐานที่พบ มีกิจกรรมการให้ความรู้ประชาชนโดยการณรงค์สร้างกระแส มีการประชาคมเพื่อจัดทำสื่อที่เหมาะสมกับพื้นที่และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ แจกแผ่นพับความรู้ ผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว

ปัจจัยเงื่อนไขในการดำเนินงานด้านบวก แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ได้รับการสนับสนุนสื่อให้ความรู้จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุมชนมีการคิดข้อความสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อให้ในชุมชนเอง

ปัจจัยเงื่อนไขในการดำเนินงานด้านลบ สื่อที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่ประชาชน และเพื่อสร้างกระแสยังไม่หลากหลาย และเนื้อหายังไม่โดนใจ

แนวทางในการแก้ไขปัญหา ประชุมคณะกรรมการเพื่อร่วมกันออกแบบสื่อประชาสัมพันธ์รูปแบบใหม่

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ในการดำเนินงานการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่ประชาชน และเพื่อสร้างกระแส สร้างความตระหนักของคนในชุมชน ให้มีการประกวดสื่อพื้นบ้านร่วมด้วย เพื่อให้เกิดความหลากหลายของสื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน โดยเฉพาะสปีด ซึ่งเป็นสื่อที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่ายและกว้างขวาง



โครงการที่ 4 โครงการครัวเรือนต้นแบบในการส่งเสริมการฝากครรภ์

วัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักและต้นแบบการฝากครรภ์ระดับครอบครัว

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง เกิดครัวเรือนส่งเสริมการฝากครรภ์ แต่ในการดำเนินงานในพื้นที่ยังไม่มีผลสรุปการประกวดเนื่องจากเพิ่งดำเนินงานไม่ถึง 5 เดือนทำให้การดำเนินงานยังอยู่ในขั้นตอนการสรุปผลครัวเรือนที่ได้รับรางวัล

หลักฐานที่พบ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานครัวเรือนต้นแบบการส่งเสริมการฝากครรภ์ดีเด่น มีการประชุมคณะกรรมการในการจัดทำเกณฑ์การประกวดครัวเรือนต้นแบบ มีการประชาสัมพันธ์การประกวด การสมัครเข้ารับการคัดเลือก มีการดำเนินการคัดเลือกครัวเรือนต้นแบบการส่งเสริมการฝากครรภ์ดีเด่น

ปัจจัยเงื่อนไขในการดำเนินงานด้านบวก ได้รับการสนับสนุนที่ปรึกษาการดำเนินงานจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม และการติดตามสนับสนุนการทำงานโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสว่าง

ปัจจัยเงื่อนไขในการดำเนินงานด้านลบ ประชาชนยังมีการสมัครเข้าร่วมโครงการน้อย และมีบางส่วนที่หญิงตั้งครรภ์เดินทางไปทำงานต่างจังหวัด จึงไม่ส่งเข้ารับการประกวด และการประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง

แนวทางในการแก้ไขปัญหา คณะกรรมการฯ วางแผนการดำเนินงานในปีต่อไป โดยการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิด ความตระหนักของครัวเรือนและเป็นการกระตุ้นการดำเนินงานให้มีความต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ควรมีการสนับสนุนการศึกษาดูงานชุมชนต้นแบบในพื้นที่ข้างเคียงแก่ครัวเรือนต้นแบบที่ได้รับรางวัล

โครงการที่ 5 โครงการสร้างเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์ในชุมชน

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์ในชุมชน

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง เกิดเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์ในตำบลนาสว่าง

หลักฐานที่พบ มีการแต่งตั้งที่ปรึกษาการดำเนินงาน ประกอบด้วย ที่ปรึกษาจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เทศบาลตำบลนาสว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสว่าง มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาแก่คณะกรรมการดำเนินงาน มีการดำเนินงานดังนี้ มีส่วนในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ (แม่เยี่ยมแม่, เพื่อนช่วยเพื่อน) ประกอบด้วย 1) การประชุมกลุ่มหญิงมีครรภ์ 2) การทำกิจกรรมกลุ่ม (ตลาดนัดหญิงตั้งครรภ์) 3) การเยี่ยมบ้านหญิงมีครรภ์โดยหญิงมีครรภ์ (หญิงมีครรภ์สัญจร) และ ร่วมประเมินผล มีการสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายการป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้า และมีรายงานการสรุปผลการดำเนินงานของที่ปรึกษา

ปัจจัยเงื่อนไขในการดำเนินงานด้านบวก ได้รับการสนับสนุนที่ปรึกษาการดำเนินงานจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม และการติดตามสนับสนุนการทำงานโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสว่าง

ปัจจัยเงื่อนไขในการดำเนินงานด้านลบ การประสานงานระหว่างเครือข่ายยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง



แนวทางในการแก้ไขปัญหา คณะกรรมการฯ วางแผนการดำเนินงานให้ชัดเจนและทบทวนหน้าที่รับผิดชอบ และทีมที่ปรึกษาทำหน้าที่ในการประสานงานเครือข่ายการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน พัฒนาระบบการสื่อสารของเครือข่าย โดยการเชิญวิทยากรเข้ามาจัดการอบรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ

โครงการที่ 6 โครงการให้บริการรับฝากครรภ์เชิงรุก

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หญิงมีครรภ์เข้าสู่ระบบการฝากครรภ์เร็วขึ้น

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง รพ.สต. ร่วมกับ อสม. ออกปฏิบัติงานติดตามและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ในหมู่บ้าน โดยการประชาสัมพันธ์ และค้นหา (แผนการออกปฏิบัติงานรายเดือนๆละ 1 ครั้ง/หมู่บ้าน) และมีหญิงมีครรภ์เข้ารับบริการ จำนวน 23 ราย

หลักฐานที่พบ ทะเบียนข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน (4 ครั้งคุณภาพ) มีการอบรม อสม.ให้มีความรู้และสามารถตรวจคัดกรอง Preg Test ในกลุ่มสตรีที่แต่งงานแล้วและต้องการมีบุตร การประชาสัมพันธ์ และค้นหา (แผนการออกปฏิบัติงานรายเดือนๆละ 1 ครั้ง/หมู่บ้าน) บันทึกการออกติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำให้มาฝากครรภ์ที่ รพ.สต. ข้อมูลโปรแกรม JHCIS และข้อมูล 18 แฟ้ม

ปัจจัยเงื่อนไขในการดำเนินงานด้านบวก การอบรม อสม.ในการตรวจคัดกรอง Preg Test ในกลุ่มสตรีที่แต่งงานแล้วและต้องการมีบุตร และ การสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ของแกนนำชุมชน

ปัจจัยเงื่อนไขในการดำเนินงานด้านลบ จำนวนเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีน้อยในการออกปฏิบัติงานรับบริการฝากครรภ์เชิงรุก และหญิงตั้งครรภ์บางกลุ่มยังไม่เข้ารับบริการตรวจครรภ์

แนวทางในการแก้ไขปัญหา อบรมอาสาสมัครในการตรวจครรภ์เพื่อออกปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่และชุมชน และการขอสนับสนุนเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมมาช่วยในช่วงออกหน่วย และในกรณีหมู่บ้านที่อยู่ใกล้กัน ประชาสัมพันธ์ให้หญิงมีครรภ์มารับบริการที่จุดเดียว

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน แต่งตั้ง อสม.ที่มีความรู้และสามารถตรวจคัดกรอง Preg Test ในกลุ่มสตรีที่แต่งงานแล้วและต้องการมีบุตรได้เข้ารับการอบรมเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เพื่อช่วยงานเจ้าหน้าที่ในการออกหน่วยบริการเชิงรุก

โครงการที่ 7 การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และการกำกับ การดำเนินงาน กรณีเกิดปัญหาห้วงดำเนินงานให้คำปรึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และการกำกับการดำเนินงานของเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์ในตำบลนาสว่าง โดยทีมที่ปรึกษา โดยการตรวจเยี่ยมเครือข่ายการทำงานส่งเสริมการฝากครรภ์ในชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง และมีการสรุปผลการดำเนินงานของเครือข่ายการทำงานส่งเสริมการฝากครรภ์ในชุมชน โดยการประชุมสรุปผลการดำเนินงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสว่าง



หลักฐานที่พบ มีสรุปประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ มีบันทึกการติดตามผลการดำเนินงาน มีสรุปประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าและ ถอดบทเรียนการดำเนินงานลดการฝากครรภ์ล่าช้า

ปัจจัยเงื่อนไขในการดำเนินงานด้านบวก การติดตามสนับสนุนการทำงานโดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางสาว

ปัจจัยเงื่อนไขในการดำเนินงานด้านลบ การดำเนินงานของเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมการฝากครรภ์ในชุมชนขาดการบันทึกผลการดำเนินงาน และการวางแผนการดำเนินงานไม่ชัดเจน

แนวทางในการแก้ไขปัญหา จัดทำบันทึกการปฏิบัติงานของเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมการฝากครรภ์ในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน สนับสนุนให้แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และการกำกับการทำงานของเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์

โครงการที่ 8 โครงการสร้างศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์ในหมู่บ้าน

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดศูนย์การเรียนรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ 1 แห่ง / หมู่บ้าน

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง มีการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ในชุมชนจำนวน 4 แห่ง เนื่องจากหมู่บ้านมีลักษณะเป็นกลุ่มและมีอาณาเขตติดกันจึงรวมศูนย์การเรียนรู้ให้อยู่ด้วยกัน มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ / อสม. ผู้รับผิดชอบในการให้บริการในศูนย์การเรียนรู้ มีการศึกษาดูงานศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่ประสบความสำเร็จหรือการศึกษาการดำเนินงานให้บริการฝากครรภ์ในสถานบริการที่มีคุณภาพ จำนวน 1 ครั้ง มีการสนับสนุนงบประมาณจากเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลแก่ศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์ เพื่อจัดซื้อ วัสดุ อุปกรณ์ เพื่อพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ มีการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้บริการในศูนย์การเรียนรู้การฝากครรภ์ ในเบื้องต้น คือ อสม.ประจำศูนย์

หลักฐานที่พบ มีสรุปผลการศึกษาดูงานศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่ประสบความสำเร็จ และคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้บริการในศูนย์การเรียนรู้การฝากครรภ์

ปัจจัยเงื่อนไขในการดำเนินงานด้านบวก การสนับสนุนงบประมาณจากเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลแก่ศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์ เพื่อจัดซื้อ วัสดุ อุปกรณ์ เพื่อพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ และการสนับสนุนทีมวิทยากรในการอบรมจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางสาว

ปัจจัยเงื่อนไขในการดำเนินงานด้านลบ การดำเนินงานตั้งศูนย์เรียนรู้ชุมชนยังไม่ครบทุกหมู่บ้าน และ การสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ยังไม่เพียงพอ

แนวทางในการแก้ไขปัญหา จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้การฝากครรภ์เป็นจุดในศูนย์กลางหมู่บ้านที่มีอาณาเขตติดต่อกัน

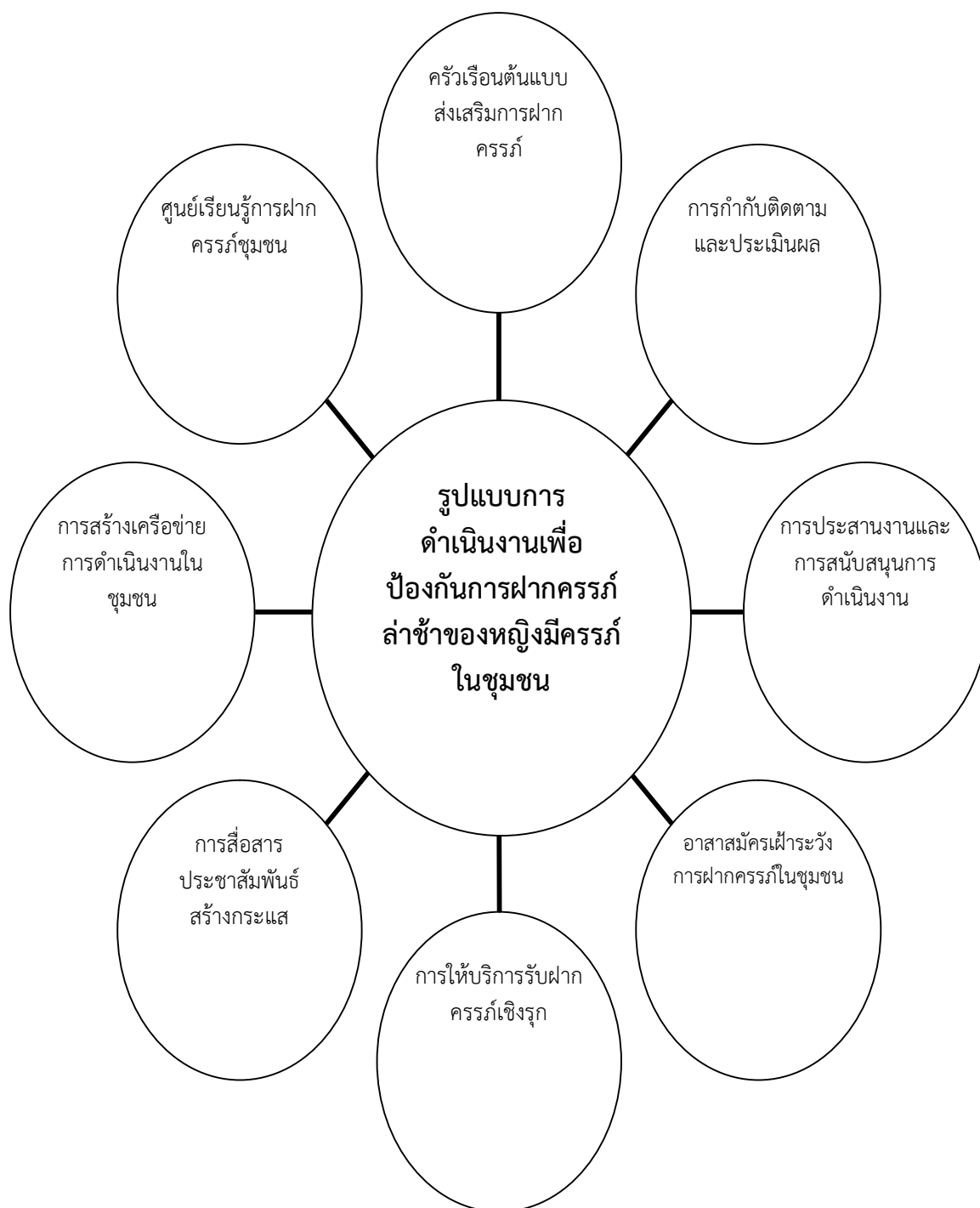
ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ควรจัดทำแผนการดำเนินงานเสนอนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลนางสาวและนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนางสาว เพื่อนำเข้าแผนงบประมาณรายจ่ายประจำปี เพื่อพิจารณาจัดสรรงบประมาณในการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้การฝากครรภ์ให้ครบทุกหมู่บ้านในปีต่อไป

จากผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในชุมชนในตำบลนางสาว อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งใช้



กระบวนการกลุ่ม A-I-C ดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในชุมชน ดังนี้

รูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในชุมชน



ภาพประกอบ 4.2 รูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในตำบลนาสว่างอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี



โดยการสามารถอธิบายรูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ล่าช้า ของหญิงมีครรภ์ ได้ดังนี้

1. ด้านการให้บริการรับฝากครรภ์เชิงรุก ประกอบด้วย 1) จัดทำคำสั่งทีมให้บริการรับฝากครรภ์ในการปฏิบัติงานเชิงรุก 2) ประชุม วางแผน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกับ ศูนย์ประสานงาน อสม. 3) สสำรวจข้อมูลหญิงมีครรภ์หรือกลุ่มเสี่ยง (อาจตั้งครรภ์) 4) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการสภาสุขภาพชุมชน 5) ศูนย์ประสานงาน อสม.เชื่อมโยงข้อมูลและจัดทำแผนการออกบริการเชิงรุกในชุมชนเป็นรายเดือนร่วมกับทีม รพ.สต. 6) ออกปฏิบัติงาน รับบริการฝากครรภ์โดยกรณีการฝากครรภ์ที่อายุครรภ์ \leq 12 สัปดาห์

รพ.สต. จัดทำทะเบียนข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน (4 ครั้งคุณภาพ) ทูกราย

จัดอบรม อสม.ให้มีความรู้และสามารถตรวจคัดกรอง Preg test ในกลุ่มสตรีที่แต่งงานแล้วและต้องการมีบุตรได้

ทีม รพ.สต. ร่วมกับ อสม.ออกปฏิบัติงานติดตามและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ในหมู่บ้าน โดยการประชาสัมพันธ์ และค้นหา (แผนการออกปฏิบัติงานรายเดือนๆละ 1 ครั้ง / หมู่บ้าน)

อสม.แจ้งให้ศูนย์ปฏิบัติงาน อสม.ทราบทางโทรศัพท์ทันที กรณีมีหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ในหมู่บ้าน

เจ้าหน้าที่ได้รับแจ้งข้อมูลจากศูนย์ปฏิบัติงาน อสม.ออกติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำให้มาฝากครรภ์ที่ รพ.สต.ทูกราย

กรณีมีหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เจ้าหน้าที่ดำเนินการตรวจครรภ์ตามมาตรฐาน

เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลโปรแกรม JHCISและส่งข้อมูล 18 แฟ้มทุกเดือนเพื่อรับการจัดสรร OP / PP individual Record

2. การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ การรณรงค์สร้างกระแส ประกอบด้วย 1) การค้นหาข้อความสื่อประชาสัมพันธ์โดยชุมชน 2) การผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ 3) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และ 4) การรณรงค์สร้างกระแสในชุมชน

3. การสร้างเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์ ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งที่ปรึกษาการดำเนินงาน ประกอบด้วย ที่ปรึกษาจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เทศบาลตำบลนาสว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสว่าง 2) การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาแก่คณะกรรมการดำเนินงาน 3) การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน โดยมีการดำเนินงานดังนี้ มีส่วนในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ (แม่เยี่ยมแม่, เพื่อนช่วยเพื่อน) ประกอบด้วย 1) การประชุมกลุ่มหญิงมีครรภ์ 2) การทำกิจกรรมกลุ่ม(ตลาดนัดหญิงตั้งครรภ์) 3) การเยี่ยมบ้านหญิงมีครรภ์โดยหญิงมีครรภ์ (หญิงมีครรภ์สัญจร) และ ร่วมประเมินผล 4) การสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายการป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้า 5) การสรุปผลการดำเนินงานของที่ปรึกษา

4. การประสานงานและการสนับสนุนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) เครือข่ายการดำเนินงานมีการประชุมปรึกษาหารือการดำเนินงาน 2) การจัดทำโครงสร้างขั้นตอนการประสานงานหรือระบบการประสานงาน 3) การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน 4) การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



5. คริวเรือนต้นแบบ ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานคริวเรือนต้นแบบการส่งเสริมการฝากครรภ์ดีเด่น 2) การจัดทำเกณฑ์การประกวดคริวเรือนต้นแบบ 3) การประชาสัมพันธ์การประกวด 4) การดำเนินการคัดเลือกคริวเรือนต้นแบบการส่งเสริมการฝากครรภ์ดีเด่น 5) การมอบรางวัล 6) การขยายผลการดำเนินงานในปีต่อไป

6. ศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์ ประกอบด้วย 1) การจัดตั้งศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ในชุมชน หมู่บ้านละ 1 แห่ง 2) การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ / อสม. ผู้รับผิดชอบในการให้บริการในศูนย์การเรียนรู้ 3) การศึกษาดูงานศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่ประสบความสำเร็จหรือการศึกษาการดำเนินงานให้บริการฝากครรภ์ในสถานบริการที่มีคุณภาพ 4) การสนับสนุนงบประมาณแก่ศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์เพื่อจัดซื้อ วัสดุ อุปกรณ์ เพื่อพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ 5) การอบรมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้บริการในศูนย์การเรียนรู้การฝากครรภ์

7. อาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชน ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในระดับคริวเรือน / ระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วย อสม. และ แกนนำเยาวชน เป็นอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในระดับหมู่บ้าน ส่วนอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในระดับคริวเรือน คือ ย่า ยาย 2) การพัฒนาศักยภาพ โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์แก่อาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในระดับคริวเรือน / ระดับหมู่บ้าน 3) การเฝ้าระวัง ตรวจเตือน หญิงมีครรภ์ให้เข้ารับบริการฝากครรภ์ 4) การประสานงานระหว่างอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในระดับคริวเรือน / ระดับหมู่บ้านกับเจ้าหน้าที่ รพสต. 5) การสรุปผลการดำเนินงาน

8. การติดตามและประเมินผล ประกอบด้วย 1) ประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ 2) การติดตามผลการดำเนินงาน 3) ประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้า 4) ถอดบทเรียนการดำเนินงานลดการฝากครรภ์ล่าช้า

ในการดำเนินงานตามรูปแบบดังกล่าวนี้ จะต้องมีการเชื่อมประสานงานกันอย่างอย่างเป็นระบบ และมีการควบคุม กำกับ และการประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยในการส่งเสริมกิจกรรมการป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์และการดำเนินงานมีความยั่งยืนต่อไป

ตอนที่ 3 ข้อมูลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ภาพรวม ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในภาพรวมก่อนการพัฒนา มีระดับการดำเนินงานน้อย ($\bar{x} = 1.71$) ส่วนหลังการพัฒนา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.97$) เมื่อแบ่งเป็นรายด้านพบว่า ก่อนการพัฒนา การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ การรณรงค์สร้างกระแส มีระดับการดำเนินงานมากกว่าทุกด้าน ($\bar{x} = 2.26$) ส่วนคริวเรือนต้นแบบ มีระดับการดำเนินงานน้อยกว่าทุกด้าน ($\bar{x} = 1.36$) ส่วนหลังการพัฒนา อาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชน มีการดำเนินงานมากที่สุด ($\bar{x} = 4.26$) รองลงมาคือการติดตามและประเมินผลและเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์ ($\bar{x} = 4.02$)



ตาราง 4.13 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ภาพรวม ในตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

การดำเนินงาน	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
การให้บริการรับฝากครรภ์เชิงรุก	1.91	0.68	น้อย	3.83	0.68	มาก
การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์						
การรณรงค์สร้างกระแส	2.26	0.66	น้อย	3.85	0.81	มาก
เครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์	1.71	0.81	น้อย	4.02	0.67	มาก
การประสานงานและการสนับสนุนการดำเนินงาน						
ดำเนินงาน	1.92	0.76	น้อย	3.87	0.79	มาก
ครัวเรือนต้นแบบ	1.36	0.79	น้อย	3.98	0.69	มาก
ศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์	1.43	0.78	น้อย	4.01	0.70	มาก
อาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชน	1.41	0.77	น้อย	4.26	0.75	มาก
การติดตามและประเมินผล	1.67	0.73	น้อย	4.02	0.73	มาก
ภาพรวม	1.71	0.75	น้อย	3.97	0.73	มาก

ผลการศึกษา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในด้านการให้บริการรับฝากครรภ์เชิงรุกภาพรวม ก่อนการพัฒนา มีระดับการดำเนินงานน้อย ($\bar{x} = 1.91$) ส่วนหลังการพัฒนา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.83$) เมื่อแบ่งเป็นรายกิจกรรม พบว่า ภายหลังการพัฒนา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการสุขภาพชุมชน มีระดับการดำเนินงานมากที่สุด ($\bar{x} = 3.98$) รองลงมาคือ จัดทำคำสั่งทีมให้บริการรับฝากครรภ์ในการปฏิบัติงานเชิงรุก ($\bar{x} = 3.93$) และประชุม วางแผน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกับ ศูนย์ประสานงาน อสม. ($\bar{x} = 3.88$) ตามลำดับ



ตาราง 4.14 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ด้านการให้บริการรับฝากครรภ์เชิงรุก

การดำเนินงาน	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
การให้บริการรับฝากครรภ์เชิงรุก						
1) จัดทำคำสั่งทีมให้บริการรับฝากครรภ์ในการปฏิบัติงานเชิงรุก	1.88	0.75	น้อย	3.93	0.66	มาก
2) ประชุม วางแผน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกับ ศูนย์ประสานงาน อสม.	1.54	0.66	น้อย	3.88	0.69	มาก
3) สำรวจข้อมูลหญิงมีครรภ์หรือกลุ่มเสี่ยง (อาจตั้งครรภ์)	1.35	0.60	น้อย	3.82	0.70	มาก
4) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการสุขภาพชุมชน	2.34	0.72	ปานกลาง	3.98	0.58	มาก
5) ศูนย์ประสานงาน อสม.เชื่อมโยงข้อมูลและจัดทำแผนการออกบริการเชิงรุกในชุมชนเป็นรายเดือนร่วมกับทีม รพสต.	1.89	0.69	น้อย	3.55	0.81	ปานกลาง
6) ออกปฏิบัติงาน รับบริการฝากครรภ์โดยกรณีการฝากครรภ์ที่อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	2.43	0.70	ปานกลาง	3.83	0.68	มาก
รวม	1.91	0.68	น้อย	3.83	0.68	มาก

ผลการศึกษา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในด้านการให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ การรณรงค์สร้างกระแส ก่อนการพัฒนา มีระดับการดำเนินงาน น้อย ($\bar{x} = 2.26$) ส่วนหลังการพัฒนา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.85$) เมื่อแบ่งเป็นรายกิจกรรม พบว่า ภายหลังการพัฒนา การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ มีระดับการดำเนินงานมากที่สุด ($\bar{x} = 3.97$) รองลงมาคือ การรณรงค์สร้างกระแสในชุมชน ($\bar{x} = 3.67$) และ การค้นหาข้อความสื่อประชาสัมพันธ์โดยชุมชน ($\bar{x} = 3.62$) ตามลำดับ



ตาราง 4.15 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าหญิง
มีครรภ์ด้านการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ การรณรงค์สร้างกระแส

การดำเนินงาน	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์						
การรณรงค์สร้างกระแส						
1) การค้นหาข้อความสื่อประชาสัมพันธ์ โดยชุมชน	2.23	0.66	น้อย	3.62	0.81	มาก ปาน
2) การผลิตสื่อประชาสัมพันธ์	2.13	0.69	น้อย	3.36	0.86	กลาง
3) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	2.32	0.7	น้อย ปาน	3.97	0.74	มาก
4) การรณรงค์สร้างกระแสในชุมชน	2.34	0.58	กลาง	3.67	0.84	มาก
รวม	2.26	0.66	น้อย	3.85	0.81	มาก

ผลการศึกษา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์
ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในด้านเครือข่าย
ส่งเสริมการฝากครรภ์ภาพรวม พบว่า ก่อนการพัฒนา มีระดับการดำเนินงาน น้อย ($\bar{x} = 1.71$) ส่วน
หลังการพัฒนา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของ
หญิงมีครรภ์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.02$) เมื่อแบ่งเป็นรายกิจกรรม พบว่า ภายหลังจากพัฒนา การสร้าง
เครือข่ายการดำเนินงาน โดยมีการดำเนินงานดังนี้ มีส่วนในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ
และ ร่วมประเมินผล มีระดับการดำเนินงานมากที่สุด ($\bar{x} = 4.13$) รองลงมาคือ การสรุปผลการ
ดำเนินงานของที่ปรึกษา ($\bar{x} = 4.12$) และ การแต่งตั้งที่ปรึกษาการดำเนินงาน ($\bar{x} = 4.06$) ตามลำดับ



ตาราง 4.16 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ด้านเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์

การดำเนินงาน	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
เครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์						
1) การแต่งตั้งที่ปรึกษาการดำเนินงาน	1.43	0.81	น้อย	4.06	0.75	มาก
2) การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาแก่คณะกรรมการดำเนินงาน	1.64	0.86	น้อย	3.94	0.66	มาก
3) การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน โดยมี การดำเนินงานดังนี้ มีส่วนในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และ ร่วม ประเมินผล	2.03	0.74	น้อย	4.13	0.60	มาก
4) การสนับสนุนการดำเนินงานของ เครือข่ายการป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้า	2.10	0.84	น้อย	3.84	0.72	มาก
5) การสรุปผลการดำเนินงานของที่ปรึกษา	1.34	0.79	น้อย	4.12	0.64	มาก
รวม	1.71	0.81	น้อย	4.02	0.67	มาก

ผลการศึกษา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในด้านการประสานงานและการสนับสนุนการดำเนินงานภาพรวม พบว่า ก่อนการพัฒนา มีระดับการดำเนินงานน้อย ($\bar{x} = 1.92$) ส่วนหลังการพัฒนา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.87$) เมื่อแบ่งเป็นรายกิจกรรม พบว่า ภายหลังจากการพัฒนา เครือข่ายการดำเนินงานมีการประชุมปรึกษาหารือการดำเนินงาน มีระดับการดำเนินงานมากที่สุด ($\bar{x} = 3.97$) รองลงมาคือ การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ($\bar{x} = 3.86$) และการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ($\bar{x} = 3.83$) ตามลำดับ



ตาราง 4.17 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ด้านการประสานงานและการสนับสนุนการดำเนินงาน

การดำเนินงาน	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
การประสานงานและการสนับสนุนการดำเนินงาน						
1) เครือข่ายการดำเนินงานมีการประชุมปรึกษาหารือการดำเนินงาน	2.32	0.78	น้อย	3.97	0.78	มาก
2) การจัดทำโครงสร้างขั้นตอนการประสานงาน	2.14	0.84	น้อย	3.80	0.78	มาก
3) การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน	1.54	0.76	น้อย	3.86	0.78	มาก
4) การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1.67	0.65	น้อย	3.83	0.80	มาก
รวม	1.92	0.76	น้อย	3.87	0.79	มาก

ผลการศึกษา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในด้านครัวเรือนต้นแบบภาพรวม พบว่า ก่อนการพัฒนา มีระดับการดำเนินงาน น้อย ($\bar{x} = 1.36$) ส่วนหลังการพัฒนา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.98$) เมื่อแบ่งเป็นรายกิจกรรม พบว่า ภายหลังการพัฒนา การจัดทำเกณฑ์การประกวดครัวเรือนต้นแบบ มีระดับการดำเนินงานมากที่สุด ($\bar{x} = 4.11$) รองลงมาคือ การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานครัวเรือนต้นแบบการส่งเสริมการฝากครรภ์ดีเด่น ($\bar{x} = 4.06$) และการดำเนินการคัดเลือกครัวเรือนต้นแบบการส่งเสริมการฝากครรภ์ดีเด่น ($\bar{x} = 3.99$) ตามลำดับ



ตาราง 4.18 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ด้านครัวเรือนต้นแบบ

การดำเนินงาน	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
ครัวเรือนต้นแบบ						
1) การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ครัวเรือนต้นแบบการส่งเสริมการฝาก ครรภ์ดีเด่น	1.23	0.80	น้อย	4.06	0.69	มาก
2) การจัดทำเกณฑ์การประกวดครัวเรือน ต้นแบบ	1.24	0.78	น้อย	4.11	0.60	มาก
3) การประชาสัมพันธ์การประกวด	1.45	0.78	น้อย	3.90	0.71	มาก
4) การดำเนินการคัดเลือกครัวเรือนต้นแบบ การส่งเสริมการฝากครรภ์ดีเด่น	1.54	0.78	น้อย	3.99	0.68	มาก
5) การมอบรางวัล	1.32	0.80	น้อย	3.83	0.75	มาก
6) การขยายผลการดำเนินงานในปีต่อไป	1.35	0.78	น้อย	3.98	0.68	มาก
รวม	1.36	0.79	น้อย	3.98	0.69	มาก

ผลการศึกษา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในด้านศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์ภาพรวม พบว่า ก่อนการพัฒนา มีระดับการดำเนินงาน น้อย ($\bar{x} = 1.43$) ส่วนหลังการพัฒนา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.01$) เมื่อแบ่งเป็นรายกิจกรรม พบว่า ภายหลังจากการพัฒนา การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ / อสม.ผู้รับผิดชอบในการให้บริการในศูนย์การเรียนรู้ มีระดับการดำเนินงานมากที่สุด ($\bar{x} = 4.15$) รองลงมาคือ การจัดตั้งศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ในชุมชน หมู่บ้านละ 1 แห่ง ($\bar{x} = 4.07$) และการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้บริการในศูนย์การเรียนรู้การฝากครรภ์ ($\bar{x} = 4.01$) ตามลำดับ



ตาราง 4.19 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ด้านศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์

การดำเนินงาน	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
ศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์						
1) การจัดตั้งศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ในชุมชน หมู่บ้านละ 1 แห่ง	1.45	0.78	น้อย	4.07	0.69	มาก
2) การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่/อสม.ผู้รับผิดชอบในการให้บริการในศูนย์การเรียนรู้	1.54	0.78	น้อย	4.15	0.60	มาก
3) การศึกษาดูงานศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่ประสบความสำเร็จหรือการศึกษาการดำเนินงานให้บริการฝากครรภ์ในสถานบริการที่มีคุณภาพ	1.32	0.78	น้อย	3.91	0.71	มาก
4) การสนับสนุนงบประมาณแก่ศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์เพื่อจัดซื้อ วัสดุ อุปกรณ์ เพื่อพัฒนาศูนย์การเรียนรู้	1.35	0.80	น้อย	3.95	0.68	มาก
5) การอบรมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้บริการในศูนย์การเรียนรู้การฝากครรภ์	1.48	0.78	น้อย	4.01	0.80	มาก
รวม	1.43	0.78	น้อย	4.01	0.70	มาก

ผลการศึกษา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในด้านอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชนภาพรวม พบว่า ก่อนการพัฒนา มีระดับการดำเนินงาน น้อย ($\bar{x} = 1.41$) ส่วนหลังการพัฒนา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.26$) เมื่อแบ่งเป็นรายกิจกรรม พบว่า ภายหลังการพัฒนา การประสานงานระหว่างอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชนกับเจ้าหน้าที่ รพสต. มีระดับการดำเนินงานมากที่สุด ($\bar{x} = 4.54$) รองลงมาคือ การพัฒนาศักยภาพ โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์แก่อาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชน ($\bar{x} = 4.43$) และการสรุปผลการดำเนินงาน ($\bar{x} = 4.16$) ตามลำดับ



ตาราง 4.20 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ด้านอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชน

การดำเนินงาน	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
อาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชน						
1) การแต่งตั้งอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในครัวเรือน / หมู่บ้าน	1.54	0.88	น้อย	4.05	0.66	มาก
2) การพัฒนาศักยภาพ โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์แก่อาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชน	1.32	0.80	น้อย	4.43	0.63	มาก
3) การเฝ้าระวัง ตรวจเตือน หญิงมีครรภ์ให้เข้ารับบริการฝากครรภ์	1.35	0.68	น้อย	4.10	0.75	มาก
4) การประสานงานระหว่างอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชนกับเจ้าหน้าที่ รพสต.	1.40	0.72	น้อย	4.54	0.89	มาก
5) การสรุปผลการดำเนินงาน	1.42	0.78	น้อย	4.16	0.84	มาก
รวม	1.41	0.77	น้อย	4.26	0.75	มาก

ผลการศึกษา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในด้านการติดตามและประเมินผลภาพรวม พบว่า ก่อนการพัฒนา มีระดับการดำเนินงาน น้อย ($\bar{x} = 1.67$) ส่วนหลังการพัฒนา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.02$) เมื่อแบ่งเป็นรายกิจกรรม พบว่า ภายหลังการพัฒนา ประกวดครัวเรือนต้นแบบการดำเนินงาน มีระดับการดำเนินงานมากที่สุด ($\bar{x} = 4.30$) รองลงมาคือ ประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ($\bar{x} = 4.11$) และประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้า ($\bar{x} = 3.90$) ตามลำดับ



ตาราง 4.21 ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ด้านการติดตามและประเมินผล

การดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝาก ครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
การติดตามและประเมินผล						
1) ประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อติดตามผล การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้	2.19	0.67	น้อย	4.11	0.66	มาก
2) ประกวดครัวเรือนต้นแบบการ ดำเนินงาน	1.76	0.78	น้อย	4.30	0.63	มาก
3) ประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบ การป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้า	1.42	0.79	น้อย	3.90	0.75	มาก
4) ถอดบทเรียนการดำเนินงานลดการฝาก ครรภ์ล่าช้า	1.32	0.68	น้อย	3.77	0.89	มาก
รวม	1.67	0.73	น้อย	4.02	0.73	มาก

ตอนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษาจะเห็นว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 4.22 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานของรูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์

การดำเนินงาน	n	Mean	Std. Deviation	t	df	Sig. (2- tailed)
ก่อนการพัฒนา	36	1.6833	.38409	-15.200	38	<0.001*
หลังการพัฒนา	36	3.9610	.21851			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตอนที่ 5 ข้อมูลปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

การศึกษาปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลการดำเนินงานด้านบวกเพื่อการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีผลการศึกษา ดังนี้

1) ประชาชนในชุมชนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ และร่วมประเมินผลการดำเนินงาน การที่ประชาชนในชุมชนให้ความสำคัญนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ประสบความสำเร็จ โดยจากการสัมภาษณ์แกนนำหมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน) และสอดคล้องกับการสำรวจการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมาก และรวมทั้งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ หญิงตั้งครรภ์ โดยมีความเห็นว่า

“...การทำงานที่ผ่านมา นั้น ส่วนใหญ่ประชาชนในหมู่บ้านให้ความร่วมมืออย่างดี โดยเฉพาะการส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์ ได้เข้ามาฝากครรภ์ มีการรณรงค์ ผู้ใดเห็นหญิงมีครรภ์ก็จะตั้งคำถามว่าไปฝากครรภ์หรือยัง ทำให้หญิงมีครรภ์ก็ต้องไปฝากครรภ์ และในชุมชนเกิดความตระหนัก เห็นคุณค่าของการฝากครรภ์...” (หญิงมีครรภ์, 17 มิถุนายน 2557: สัมภาษณ์)

“...เป็นผู้ใหญ่บ้านมาหลายปี ก็ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงมาหลายอย่าง ในการส่งเสริมการฝากครรภ์ครั้งนี้ทำให้เห็นว่า ประชาชน ชาวบ้านถ้าหากเขาเห็นความสำคัญแล้วเข้ามามีส่วนร่วมยอมทำให้การทำงานมีชัยไปกว่าครึ่ง ซึ่งจะเห็นว่าที่ผ่านมาชาวบ้านไม่ค่อยเข้าใจว่าทำไมต้องไปฝากครรภ์ตามกำหนดด้วย แต่หลังจากมีการรณรงค์และลงพื้นที่ทำงาน ทำให้ชาวบ้านเห็นความสำคัญและเข้ามาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี...” (ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 6, 17 มิถุนายน 2557: สัมภาษณ์)

“...การดำเนินงานในชุมชน จะต้องได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชน จึงจะประสบความสำเร็จ งานนี้ก็เช่นกัน จากการทำงานมาหลายเดือน ข้าพเจ้าเห็นว่า ประชาชนในตำบลนาสว่างให้ความร่วมมือดีมากนะ คงเห็นความสำคัญและจากการที่คุณหมออนามัยเข้ามากระตุ้นเตือนเป็นระยะ รวมทั้งผู้นำหมู่บ้านคอยประกาศ ประชาชนจึงเข้ามามีส่วนร่วมทั้งการร่วมคิด ร่วมทำงานกับทีม จนทำให้เดี๋ยวนี้ตำบลเราคงไม่มีการฝากครรภ์ล่าช้าแล้ว...” (อบต. หมู่ 6, 17 มิถุนายน 2557: สัมภาษณ์)

2) การมีส่วนร่วมและการประสานงานของเครือข่ายการทำงานในพื้นที่กับเจ้าหน้าที่ที่มีความต่อเนื่อง ทำให้การดำเนินงานป้องกันปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้ามีความต่อเนื่อง ซึ่งผลให้การส่งเสริมการฝากครรภ์ในพื้นที่ประสบผลสำเร็จ โดยทีมเครือข่ายการทำงานในพื้นที่มีการประสานงานกับทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยจากการสัมภาษณ์แกนนำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ และประชาชนโดยมีความเห็นสอดคล้องกัน ว่า

“...มีการประสานงานกันอย่างต่อเนื่องกับเจ้าหน้าที่และเครือข่ายการทำงาน โดยการมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมั่นประชุมกันเป็นนิจ คือกิจวัตรประจำวันของผู้นำชุมชนและสมาชิกชุมชนที่มีข้อมูลใหม่ สถานการณ์ใหม่ โดยทีมผู้นำและโดยเฉพาะพ่อใหญ่บ้าน ที่ได้ตระเวนไปเป็นวิทยากร หรือเข้าร่วมประชุมสัมมนาที่คุณหมออนามัย และคุณหมอที่มาจากอำเภอเดช จะมีการนำมาเล่าต่อกันใน



เวทีแกนนำ และขยายผลสู่ชุมชนอย่างสม่ำเสมอ และยังมีเวทีเครือข่ายระหว่างหมู่บ้านในตำบลนาสว่างด้วย...” (ผู้ใหญ่บ้าน, 17 มิถุนายน 2557: สัมภาษณ์)

“...มีการประชุมสื่อสารและติดตามงานต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มแกนนำ และสมาชิกชุมชน ซึ่งจะมีการปรึกษาหารือกันเพื่อคุยเชิงไฟทางปัญญาให้ลูกโซน มีแสง มีปัญญาอยู่เสมอ ใส่ความจำเป็นของการฝากครรภ์เข้าไปเรื่อย เพื่อเติมเชื้อไฟ โดยแกนนำหรือทีมงานจะมีการประชุมปรึกษาพบปะกันบ่อยครั้งกว่าสมาชิก และจะมีการซักซ้อมความเข้าใจที่ชัดเจนในกลุ่มแกนนำให้ชัดเจนก่อนที่จะมีการประชุมใหญ่กับสมาชิกชุมชน โดยเฉพาะการดำเนินการและการปฏิบัติตามโครงการที่เกิดจากการร่วมแรงร่วมใจกันคิดขึ้นมาอย่างเคร่งครัด...” (เจ้าหน้าที่สาสุข, 17 มิถุนายน 2557: สัมภาษณ์)

“...เมื่อเกิดปัญหาระหว่างการปฏิบัติงาน เช่น เมื่อหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนเดินทางไปประกอบอาชีพที่อื่น จะทำอย่างไร ก็ได้ประสานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย รวมทั้งขณะเจ้าหน้าที่มาให้บริการตรวจครรภ์ในพื้นที่ก็มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันตลอด มีเวทีติดตามงานกันมากทั้ง การประชุมประจำเดือน การพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ใหญ่บ้าน อบต. จึงทำให้การดำเนินงานป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้า ดำเนินไปด้วยดี เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในพื้นที่ก็ประสานเจ้าหน้าที่และผู้นำช่วยกันแก้ไข...” (อสม., 17 มิถุนายน 2557: สัมภาษณ์)

3) กระบวนการสร้างเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการทำงานในพื้นที่ การทำงานที่มีกระบวนการอย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสนับสนุนให้การดำเนินงานป้องกันปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้ามีความต่อเนื่องในชุมชนประสบผลสำเร็จ โดยกระบวนการสร้างเครือข่าย กระบวนการสร้างรูปแบบการดำเนินงานทุกกระบวนการใช้กระบวนการกลุ่ม A-I-C เป็นเครื่องมือทำให้การขับเคลื่อนงานที่เกิดจากความต้องการของชุมชน เป็นการร่วมคิด ร่วมวางแผนจากชุมชน ชุมชนเป็นเจ้าของยอมให้การดำเนินงานได้รับความร่วมมืออย่างดี รวมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายการทำงานในพื้นที่อย่างเป็นระบบทั้ง การสร้างองค์ความรู้ การอบรมให้ความรู้ การศึกษาดูงานเป็นการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย เพื่อส่งเสริมการทำงาน งานจึงประสบความสำเร็จ โดยจากการสัมภาษณ์แกนนำหมู่บ้านเจ้าหน้าที่ และเยาวชน โดยมีความเห็นสอดคล้องกันว่า

“...เห็นเจ้าหน้าที่เข้ามาช่วยให้ความรู้กับกลุ่มแกนนำทำงานแล้ว ทำให้เรามีความรู้ มีความกล้าที่จะเข้าไปให้ความรู้กับประชาชนและหญิงมีครรภ์ การทำงานของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาแกนนำอย่างพวกเราเห็นว่าดีมากทั้งการศึกษาดูงาน การอบรม ทำให้เราได้พัฒนาตนเอง จึงทำให้การทำงานเต็มที่เต็มความสามารถ...” (เยาวชน, 19 มิถุนายน 2557: สัมภาษณ์)

“...การดำเนินงานของทีมเจ้าหน้าที่มีรูปแบบดีมาก จะเห็นได้ตั้งแต่การเข้ามาเตรียมการจัดประชุม การประสานกับผู้นำ อบต. ส่วนการประชุมทุกขั้นตอนก็ให้พวกเราออกความคิดเห็นกันหมด ส่วนเจ้าหน้าที่คอยแนะนำเท่านั้น การทำโครงการก็เกิดจากแนวคิดของเราเอง เห็นว่าดีมาก...” (ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน, 19 มิถุนายน 2557: สัมภาษณ์)

“...เจ้าหน้าที่มีส่วนอย่างมากในการสร้างทีมงานในพื้นที่ปกติการทำงานส่วนใหญ่เราก็ทำตามหน้าที่ของใครของมัน แต่โครงการนี้เจ้าหน้าที่อนามัยเข้ามาช่วยเหลือทำให้เราสามารถรวมตัวกันทำงานเป็นทีม ทั้งยังให้ความรู้กับพวกเราเกี่ยวกับการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ทำให้เรามีความรู้ในการสื่อสารกับประชาชนได้ ทำให้การทำงานราบรื่น...” (อบต.บ้านนาสว่าง, 19 มิถุนายน 2557: สัมภาษณ์)



4) การกระตุ้นและการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งผลักดันให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ เนื่องจากการประเมินผลทำให้ทราบว่า มีกระบวนการใดต้องปรับปรุง หรือที่ติดอยู่แล้ว ก็ส่งเสริมให้ดีขึ้น เป็นการประเมินการทำงาน ส่วนการกระตุ้นและติดตามนั้นก็เป็นการช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง เมื่อพบปัญหา ก็ร่วมกันแก้ไข ให้คำแนะนำในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยจากการสัมภาษณ์แกนนำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ และประชาชนโดยมีความเห็นสอดคล้องกันว่า

“...เจ้าหน้าที่มีการติดตามและให้ความช่วยเหลือการทำงานในพื้นที่ต่อเนื่อง แทบจะเรียกว่าเห็นหน้าที่ไหน ก็จะถามที่นั่นเลย ว่าโครงการฝากครรภ์ถึงไหนแล้ว อย่าให้หญิงมีครรภ์ฝากครรภ์เกิน 12 สัปดาห์เด็ด ถ้ามีปัญหาที่เข้ามาคุยกัน แทบทุกครั้งก็เจอหน้า เจ้าหน้าที่ถามตลอดเลย...” (หญิงมีครรภ์, 18 มิถุนายน 2557: สัมภาษณ์)

“...เจ้าหน้าที่ก็ผู้นำมีการติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่เป็นประจำ โดยส่วนใหญ่จะลงพื้นที่เอง ในช่วงการให้บริการฝากครรภ์เชิงรุกบ้าง การประชุมประจำเดือนกับ อสม. บ้าง เมื่อมีปัญหา ก็จะให้ความช่วยเหลือกับทีมเครือข่ายการทำงานในพื้นที่เป็นประจำ...” (อสม., 18 มิถุนายน 2557: สัมภาษณ์)

“...การทำงานย่อมมีปัญหา และอุปสรรคบ้าง แต่จากการทำงานที่ผ่านมา ทำให้เห็นว่า การที่มีทีมที่ปรึกษาที่ดี การแก้ไขปัญหา การติดตามและสนับสนุนการทำงาน ย่อมทำให้งานดำเนินไปโดยไม่ติดขัด มีการช่วยเหลือจากทีมงานทุกครั้ง...” (กรรมการหมู่บ้าน, 18 มิถุนายน 2557: สัมภาษณ์)

5) การทำงานเป็นทีม เป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้การดำเนินงานป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ โดยการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานของทีม มีการประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ โดยสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการประเมินผลงาน ทำให้สมาชิกได้ทราบความก้าวหน้าของงาน ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งพัฒนากระบวนการทำงาน หรือการปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน ซึ่งในที่สุดสมาชิกจะได้ทราบว่าผลงานบรรลุเป้าหมาย และมีคุณภาพมากขึ้นเพียงใด รวมทั้งการสื่อสารภายในทีมก็เป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เนื่องจากโดยจากการสัมภาษณ์แกนนำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ และประชาชนโดยมีความเห็นสอดคล้องกันว่า

“...การแก้ปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้าในตำบลนาสว่างของเรา ที่ประสบความสำเร็จนั้น เนื่องจากตำบลนาสว่างมีทีมงานร่วมเป็นร่วมตาย เป็นหมู่คณะ กับผู้ที่โสดตาย ผู้อาสาใจเดียวกัน เพื่อหมู่บ้าน เพื่อแผ่นดินเกิด ซึ่งมีการแบ่งงาน แบ่งอำนาจหน้าที่รับผิดชอบกัน โดยระบบงานที่เห็นชัดเจนคือ การแบ่งการปกครองดูแลทุกข์สุขของชุมชน เป็นระบบคุ้มบ้าน ๆ ละ 10-15 คราวเรือน แต่ละคุ้มมีการเลือกแกนนำคุ้มขึ้นเอง เป็นการดูแลกันเอง แกนนำและหัวหน้าคุ้มทำหน้าที่ตัดสินใจเป็นสภากลางในการค้นหาปัญหาความต้องการของสมาชิกในคุ้ม รวมทั้งการพัฒนาและการแก้ไขปัญหาของคุ้มและชุมชน หมู่บ้าน ส่วนปัญหาบางอย่างที่คุ้มจัดการไม่ได้ จะเข้าพบผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ดำเนินการต่อไป หรือนำเข้าเวทีประชุมชน เพื่อพิจารณาแก้ไข ซึ่งระบบงานคุ้มเริ่มมาแต่ปี 2521 และใช้ถึงปัจจุบัน ขณะเดียวกันทีมงานและกลุ่มผู้นำโสดตายชุดเก่า ก็ยังรวมกลุ่มทำงานกันอย่างต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน...” (ผู้ใหญ่บ้าน, 18 มิถุนายน 2557: สัมภาษณ์)



“...จากการทำงานที่ผ่านมา จะเห็นบรรยากาศของการทำงานมีความเป็นกันเอง อบอุ่น มีความกระตือรือร้น และสร้างสรรค์ ทุกคนช่วยกันทำงานอย่างจริงจัง และจริงจัง ไม่มีร่องรอยที่แสดงให้เห็นถึงความเบื่อหน่าย สมาชิกทุกคนในทีมควรไว้วางใจซึ่งกันและกันได้ สื่อสารกันอย่างเปิดเผย ไม่มีลัษณคมใน และ มีการมอบหมายงานอย่างชัดเจน สมาชิกทีมงานเข้าใจวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และ ยอมรับภารกิจหลักของทีมงาน สมาชิกแต่ละคนเข้าใจและปฏิบัติตามบทบาทของตน และเรียนรู้เข้าใจในบทบาทของผู้อื่นในทีม ทุกบทบาทมีความสำคัญ รวมทั้งบทบาทในการช่วยรักษาความเป็นทีมงานให้มั่นคง เช่น การประนีประนอม การอำนวยความสะดวก การให้กำลังใจ ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ...” (อสม., 19 มิถุนายน 2557: สัมภาษณ์)

“...จากการทำงานกับเครือข่ายที่ผ่านมา รู้สึกมีความสุขกับการทำงานนะเพราะเห็นถึงความไว้วางใจ ช่วยเหลือกัน และบรรยากาศการทำงานที่ดี ทำให้มีความรู้สึกสบายใจ พอใจ และเพลิดเพลินกับการทำงาน ในทีมงานจะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยระดมกำลังกาย กำลังใจ และกำลังความคิดตลอดจนความรู้ ทักษะ ความสามารถ และประสบการณ์ของสมาชิกเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา นี่ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้าของบ้านเราลำเร็จ...” (หญิงมีครรภ์, 19 มิถุนายน 2557: สัมภาษณ์)



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีความมุ่งหมายการวิจัย 1) เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี 2) เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี และ 3) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนา เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยการแจกแจงความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ยของประชากร (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร (SD) และข้อมูลเชิงปริมาณเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ t-distribution

5.1 สรุปผล

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.50 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 41.7 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 86.1 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 38.9 และมีตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและตัวแทนหญิงมีครรภ์ มากที่สุด ร้อยละ 27.8

5.1.2 กระบวนการสร้างรูปแบบการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์

ในกระบวนการสร้างรูปแบบการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในตำบลนาสว่าง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานีการสร้างรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เกี่ยวข้อง โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินงาน เพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่ม A-I-C แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นเตรียมการ

กิจกรรมที่ดำเนินการก่อนที่จะจัดการประชุม เพื่อระดมความคิดเห็นในการสร้างรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ โดยมีขั้นตอนในการเตรียมการ ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาอุปสรรค การสำรวจข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่ และสภาพการดำเนินงาน โดยพบว่า ตำบลนาสว่างเป็นตำบลที่มีอัตราการฝากครรภ์ล่าช้าสูงสุดในอำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี 2) การวิเคราะห์และคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ผู้เข้าร่วมประชุม เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญและเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านการให้บริการฝากครรภ์ 3) การจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน



และการเตรียมชุมชน เพื่อชี้แจงให้กรรมการหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้านเข้าใจถึงความสำคัญในการจัดประชุม 4) การเตรียมตัวของทีมวิจัย โดย ศึกษาขั้นตอนการจัดประชุม A-I-C อย่างละเอียด วางแผนการดำเนินการประชุม และ 5) การเตรียมอุปกรณ์และสถานที่จัดประชุม

2) ขั้นการสร้างความรู้ (Appreciation : A)

แบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในปัจจุบัน (A1) โดยจากการวาดภาพ โดยพบว่าปัญหาที่เกิดจากการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในตำบลนาสว่าง เกิดจาก การไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ การไม่ทราบผลกระทบจากการฝากครรภ์ล่าช้าและความจำเป็นของการฝากครรภ์ตามกำหนด การไม่ทราบว่าต้องมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และไม่วางต้องประกอบอาชีพ การเดินทางไปประกอบอาชีพที่ต่างจังหวัด และ การไม่พร้อมที่จะมีบุตร 2) การกำหนดอนาคตของหมู่บ้านว่าต้องการให้เกิดการพัฒนาในทิศทางใด (A2) ในส่วนของการกำหนด อนาคตของชุมชน ตำบลนาสว่าง ในการป้องกันปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้า มีการกำหนดอนาคตของชุมชน ว่า ตำบลนาสว่างจะต้องมีการฝากครรภ์ตามกำหนด ไม่เกิน 12 สัปดาห์ เด็กที่เกิดมาจะต้องมีสุขภาพดี แม้มก็จะต้องปลอดภัย หญิงมีครรภ์จะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี การตั้งครรภ์จะต้องเกิดจากความพร้อมของหญิงมีครรภ์ และ การให้บริการของเจ้าหน้าที่มีคุณภาพ และ ผู้รับบริการประทับใจ ดังนั้นทางที่ประชุมจึงมีข้อตกลงร่วมกันที่จะต้องมีการหามาตรการเพื่อส่งเสริมให้มีการฝากครรภ์ตามกำหนด และส่งเสริมการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ต่อไป

3) ขั้นการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I)

คือหลังจากการตกลงร่วมกันในขั้น A2 แล้ว หลังจากนั้นเป็นช่วงการหามาตรการหรือวิธีการในการพัฒนาและการค้นหาเหตุผลเพื่อจัดลำดับความสำคัญตามความเห็นของกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่

3.1) การคิดโครงการที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ (I1)

เป็นการระดมความคิดเห็น โดยจากการประชุม โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ การทบทวนมาตรการเพื่อส่งเสริมให้มีการฝากครรภ์ตามกำหนด และส่งเสริมการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มย่อยเขียนแนวทาง กิจกรรมลักษณะโครงการบนแผ่นกระดาษ เพื่อให้เสนอให้กลุ่มย่อยพิจารณา แต่ละคนนำเสนอแนวทาง โดยชี้แจงเหตุผล ความจำเป็น ประโยชน์ รวบรวมข้อเสนอแต่ละคนจัดเป็นหมวดหมู่ โดยต้องเป็นแนวทางที่กลุ่มเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นข้อเสนอของกลุ่ม ผู้แทนกลุ่มนำเสนอสมาชิกกลุ่มกันซักถามให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเมื่อดำเนินการเสร็จแล้ว ได้โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้า โดยได้กำหนดโครงการจำนวน 8 โครงการ ดังนี้ 1) โครงการสร้างและพัฒนาแกนนำชุมชนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน 2) โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างกระแส เพื่อส่งเสริมการฝากครรภ์ตามกำหนด 3) โครงการสร้างครัวเรือนต้นแบบในการส่งเสริมการฝากครรภ์ 4) การสร้างเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์ในชุมชน 5) การให้บริการรับฝากครรภ์เชิงรุก 6) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

3.2) การจัดลำดับความสำคัญของโครงการ (I2)

โดยผลการดำเนินงานในขั้นตอนนี้ แบ่งโครงการ/กิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท 2.1) กิจกรรมหรือโครงการที่ชาวบ้านดำเนินการเอง มี 1 โครงการ ประกอบด้วย 1) โครงการสร้างอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ล่าช้าในชุมชน 2.2) กิจกรรมหรือโครงการที่ชาวบ้านดำเนินการเองบางส่วนและขอความช่วยเหลือจากแหล่งทุนภายนอก มี โครงการ ประกอบด้วย 1) โครงการสร้าง



และพัฒนาแกนนำชุมชนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน 2) โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างกระแส เพื่อส่งเสริมการฝากครรภ์ตามกำหนด 3) โครงการสร้างครัวเรือนต้นแบบในการส่งเสริมการฝากครรภ์ 4) การสร้างเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์ในชุมชน 5) การให้บริการรับฝากครรภ์เชิงรุก 6) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และ 2.3) กิจกรรมหรือโครงการที่สามารถขอจากภาครัฐโดยผ่านอปท. มี 1 โครงการ คือ โครงการสร้างศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์ในหมู่บ้าน

4) ขั้นการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C)

โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่ 1) การแบ่งกลุ่มรับผิดชอบ (C1) และ 2) การตกลงรายละเอียดในการดำเนินงาน (C2) โดยในการเลือกโครงการที่จะทำ ประกอบด้วย หลัก 2 ประการ คือ 1. โครงการที่สามารถทำได้เอง ให้ผู้เข้าร่วมประชุมตัดสินใจเลือกที่จะทำโดยลงชื่อในกระดาษของแต่ละโครงการ แบ่งกลุ่มย่อย ตามโครงการที่สมาชิกลงชื่อไว้ ส่วน 2. โครงการ / กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับองค์กรอื่นๆ สมาชิกร่วมกันเสนอมอบหมายให้บุคคล หรือกลุ่มดำเนินการประสาน ติดตาม หรือยื่นข้อเสนอ เนื่องจากโครงการทั้งหมดที่กลุ่มตัวอย่างคิดขึ้นมา ส่วนใหญ่เป็นโครงการที่สามารถทำได้เอง และเป็นโครงการที่เครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมอยู่แล้ว ดังนั้นที่ประชุมจึงมีมติเลือกทุกโครงการในการดำเนินการเพื่อป้องกันปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในชุมชน หลังจากนั้น จึงเข้าสู่กระบวนการทำแผนปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนปฏิบัติการ หลังจากการทำแผนปฏิบัติการเสร็จแล้ว ให้ผู้เข้าร่วมประชุมนำเสนอรายละเอียดของโครงการ / กิจกรรม และอภิปรายเพิ่มเติมและตกลงดำเนินงาน มอบหมายงาน กำหนดวันเวลา สถานที่ ดำเนินการและ การเตรียมการเพื่อเสนอแผนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประสานขอรับการสนับสนุน หรือส่งเสริมและเข้าร่วมพัฒนา

จากการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในชุมชนในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งใช้กระบวนการกลุ่ม A-I-C ดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในชุมชน

5.1.3 การดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ภาพรวม ในตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในภาพรวมก่อนการพัฒนา มีระดับการดำเนินงานน้อย ($\bar{x} = 1.71$) ส่วนหลังการพัฒนา ระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.97$) เมื่อแบ่งเป็นรายด้านพบว่า ก่อนการพัฒนา การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ การรณรงค์สร้างกระแส มีระดับการดำเนินงานมากกว่าทุกด้าน ($\bar{x} = 2.26$) ส่วนครัวเรือนต้นแบบ มีระดับการดำเนินงานน้อยกว่าทุกด้าน ($\bar{x} = 1.36$) ส่วนหลังการพัฒนา อาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชน มีการดำเนินงานมากที่สุด ($\bar{x} = 4.26$) รองลงมาคือการติดตามและประเมินผลและเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์ ($\bar{x} = 4.02$) ส่วนการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ การรณรงค์สร้างกระแส มีระดับการดำเนินงานน้อยกว่าทุกด้าน ($\bar{x} = 3.77$) ตามลำดับ



5.1.4 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.1.5 ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อการฝากครรภ์ล่าช้า

ได้แก่ 1) ประชาชนในชุมชนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ และร่วมประเมินผลการดำเนินงาน 2) การมีส่วนร่วมและการประสานงานของเครือข่ายการทำงานในพื้นที่กับเจ้าหน้าที่ที่มีความต่อเนื่อง ทำให้การดำเนินงานป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้ามีความต่อเนื่อง ซึ่งผลให้การส่งเสริมการฝากครรภ์ในพื้นที่ประสบผลสำเร็จ 3) กระบวนการสร้างเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการทำงานในพื้นที่ การทำงานที่มีกระบวนการอย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ โดยกระบวนการสร้างเครือข่าย กระบวนการสร้างรูปแบบการดำเนินงานทุกกระบวนการ ใช้กระบวนการกลุ่ม A-I-C เป็นเครื่องมือทำให้การขับเคลื่อนงานที่เกิดจากความต้องการของชุมชน เป็นการร่วมคิด ร่วมวางแผนจากชุมชน ชุมชนเป็นเจ้าของยอมทำให้การดำเนินงานได้รับความร่วมมืออย่างดี รวมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายการทำงานในพื้นที่อย่างเป็นระบบทั้ง การสร้างองค์ความรู้ การอบรมให้ความรู้ การศึกษาดูงานเป็นการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย 4) การกระตุ้นและการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งผลักดันให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ การประเมินผลทำให้ทราบว่า มีกระบวนการใดต้องปรับปรุง หรือที่ติดอยู่แล้ว ก็ส่งเสริมให้ดีขึ้น เป็นการประเมินการทำงาน ส่วนการกระตุ้นและติดตามนั้นก็เป็นการช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง เมื่อพบปัญหา ก็ร่วมกันแก้ไข ให้คำแนะนำในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน และ 5) การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการทำงานของทีม มีการประเมินผลการทำงาน เป็นระยะ โดยสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการประเมินผลงาน ทำให้สมาชิกได้ทราบความก้าวหน้าของงาน ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งพัฒนากระบวนการทำงาน หรือการปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน

5.2 อภิปรายผล

รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้ได้ดำเนินการประยุกต์ใช้แนวคิดของ เคมมิสและแม็กแท็กการท์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการวางแผน 2) ขั้นตอนการดำเนินงานตามแผน 3) ขั้นตอนการประเมินผล และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ เป็นเครื่องมือในการพัฒนา และผู้วิจัยได้ดำเนินการขับเคลื่อนโดยเครือข่ายแกนนำชุมชนที่เป็นทีมส่งเสริมการฝากครรภ์ ของอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยการสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ ซึ่งเกิดจากกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการกลุ่ม A-I-C เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ให้ประชาชนเห็นความสำคัญในการส่งเสริมการดำเนินงานฝากครรภ์ตามกำหนด โดยภายหลังการจัดทำแผนปฏิบัติการ ได้รูปแบบการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย การให้บริการรับฝากครรภ์เชิงรุก การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ การรณรงค์สร้างกระแส สร้างเครือข่ายส่งเสริมการ



ฝากครรภ์ การประสานงานและการสนับสนุนการดำเนินงาน เกิดครัวเรือนต้นแบบ ศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์ อาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ และ การติดตามและประเมินผล ซึ่งในการดำเนินงานตามรูปแบบดังกล่าวนี้ จะต้องมีการเชื่อมประสานงานกันอย่างอย่างเป็นระบบ และมีการควบคุม กำกับ และการประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยในการส่งเสริมกิจกรรมการป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้า ของหญิงมีครรภ์ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์และการดำเนินงานมีความยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ ระวีวรรณ ชุ่มพุกษ์ และเพ็ญพัทธ์ ทองแท้ (2549) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การดำเนินการจะประสบผลสำเร็จต้องใช้วิธีการบูรณาการขององค์ประกอบต่างๆ อันได้แก่ การจัดอบรม ให้ความรู้ที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบล การเป็นแกนนำ ผู้ประสาน ผู้กระตุ้น พี่เลี้ยงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พัฒนาการ บัณฑิตอาสา ชมรมครอบครัวและผู้นำศาสนา เพื่อชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการไปคลอดที่โรงพยาบาล และ การใช้สื่อประเภทต่างๆ ในการประชาสัมพันธ์ ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 5 ดังกล่าวเปรียบเสมือนระบบย่อย แต่ระบบย่อยต่างก็มีบทบาทหน้าที่ของตนเอง จะต้องปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ถ้าระบบย่อยใดมีการเปลี่ยนแปลงหรือถูกกระทบระบบย่อยอื่น ๆ ก็จะมีผลจากการถูกระบบนั้น ๆ ด้วย ดังเช่น เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดนครราชสีมา ส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่กล้าพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ ทำให้หญิงตั้งครรภ์และเด็กได้รับบริการล่าช้า ดังนั้น ระบบย่อยจะต้องมีการปรับตัวเพื่อให้ระบบใหญ่ดำรงอยู่ได้และเกิดสมดุล

โดยจากการดำเนินการตามรูปแบบดังกล่าวส่งผลให้เกิดความแตกต่างของการดำเนินงานระหว่างก่อนการใช้รูปแบบกับหลังการใช้รูปแบบ โดยพบว่า ในภาพรวม ก่อนการพัฒนา มีระดับการดำเนินงานน้อย ($\bar{x} = 1.71$) ส่วนหลังการพัฒนาในระดับการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.97$) เมื่อแบ่งเป็นรายด้านพบว่า หลังการพัฒนา ด้านอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชน มีการดำเนินงานมากที่สุด ($\bar{x} = 4.26$) รองลงมาคือการติดตามและประเมินผลและเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์ ($\bar{x} = 4.02$) ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการพัฒนาการดำเนินงานในการป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์มีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวปรับใช้กระบวนการกลุ่ม A-I-C ในการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ และการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการดำเนินงาน ส่งผลให้รูปแบบการดำเนินงานดังกล่าว ก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา ที่มุ่งแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมเฉพาะตนในการปรับปรุง พัฒนาและประเมินตนเอง การวิจัยปฏิบัติการจึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและยินยอมพร้อมใจของบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการงานนั้นเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ และให้การพัฒนานั้นยังคงอยู่ในสังคม เป็นการพัฒนายั่งยืน (ส.วาสนาประवालพุกษ์, 2538) และ สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลลา ตันตโยทัย (2540) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้การมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวม ในการควบคุมอาหาร และการใช้อินซูลินสูงกว่าเมื่อเริ่มการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกผาสุกเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง (2552) ศึกษาการพัฒนาการป้องกันการโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร



ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมและการประสานการทำงานของผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ในการร่วมกันวางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ส่งผลให้เกิดพลังในชุมชนที่สามารถร่วมกันป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) การแก้ไขปัญหาการให้บริการฝากครรภ์เชิงรุกนั้น ควรแต่งตั้ง อสม.ที่มีความรู้และสามารถตรวจคัดกรอง Preg test ในกลุ่มสตรีที่แต่งงานแล้วและต้องการมีบุตรได้ ให้เข้ารับการอบรมเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เพื่อช่วยงานเจ้าหน้าที่ในการออกหน่วยบริการเชิงรุกและเป็นการส่งเสริมให้เกิดการประสานงานระหว่าง เจ้าหน้าที่และ อสม. และในการออกหน่วยเคลื่อนที่ในหมู่บ้านในกรณีหมู่บ้านที่มีอาณาเขตติดต่อกัน ควรประชาสัมพันธ์ให้หญิงมีครรภ์มารับบริการที่จุดเดียวเพื่อประหยัดเวลาและ กำลังเจ้าหน้าที่ในการออกปฏิบัติงาน

2) ควรส่งเสริมการดำเนินงานในกิจกรรมด้านการให้สุศึกษาประชาสัมพันธ์ การรณรงค์สร้างกระแส อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีความสำคัญต่อการกระตุ้นประชาชนและหญิงมีครรภ์ในพื้นที่ การดำเนินงานในพื้นที่ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าทุกด้านที่ดำเนินการ โดยส่งเสริมให้มีการประกวดสื่อพื้นบ้านร่วมด้วย เพื่อให้เกิดความหลากหลายของสื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน โดยเฉพาะสโปดโฆษณา ซึ่งเป็นสื่อที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่ายและกว้างขวาง

3) ควรให้สนับสนุนการดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายออกไปสู่ประชาชนทุกกลุ่มวัยเพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพขึ้น

4) สนับสนุนให้แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และการกำกับการดำเนินงานของเครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์ และในการออกติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและให้ความช่วยเหลือเครือข่ายการทำงานในพื้นที่

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรนำรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในชุมชนไปขยายผลและใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

2) ควรนำรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในชุมชนไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้คำแนะนำ และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ได้มาตรฐาน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

3) ขยายผลโดยนำรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในชุมชนที่ผ่านการรับรองมาตรฐานจากผู้เชี่ยวชาญ ไปขยายผล เพื่อเป็นต้นแบบ และนำไปใช้ในแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกันโรคและภัยสุขภาพอื่นๆ

4) นำรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ไปทดสอบโดยใช้ค่าสถิติที่สูงขึ้น



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ใจพิงค์. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้า ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรรณิการ์ กัณธะรักษา. (2527). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อภายในภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรองแก้ว อยู่สุข. (2546). พฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2532). การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ขอบข่ายที่ซ้อนกับการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 1(10), 1-5.
- กรมอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ยกระดับบริการสุขภาพสตรีและเด็กอย่างองค์รวม, 2, 12-14, กุมภาพันธ์.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและโครงการสำคัญ. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- กรมประชาสัมพันธ์. (2550). ศูนย์อนามัย ยะลาห่วงใยแม่ตั้งครรภ์ทำให้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://www.moph.go.th/ops/iprg/include> [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2553].
- คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ อำเภอเดชอุดม. (2554). อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ในเขตเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2553-2555. อุบลราชธานี: คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ อำเภอเดชอุดม.
- จรรยา แก้วใจบุญ และคณะ. (2552). เอกสารประกอบการสอนเรื่องการตั้งครรภ์. พะเยา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา.
- จินตนา บ้านแก่ง. (2547). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเจ็บปวดในระยะคลอด. กรุงเทพฯ: อักษรไทย.
- จำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์. ระบบรายงานเฉพาะกิจ โรงพยาบาลสายใยรัก. [ออนไลน์] ได้จาก: http://www.saiyairakhospital.com/newdemo/admin/user_report.html 2554 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2553].
- จิตเกษม สุวรรณรัฐ. (2549). การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง : การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา ทอนฮามแก้ว. (2552). แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- ชวนพิศ นรเดชานนท์. (2536). *ภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการตั้งครรภ์: การประเมินและแผนการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เทียมศร ทองสวัสดิ์. (2534). *การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์*. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงสิทธิ์ วัฒนการาร. (2548). *สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีระ วัชรปรีชานนท์. (2549). *โรคธาลัสซีเมียในสตรีตั้งครรภ์ : แนวทางเวชปฏิบัติทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ วิทยาลัย.
- นฤมล กิจวานิชชัย. (2544). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นิพรธนพร วรมงคล. (2550). *Integrated Practice in Maternal and Fetal Medicine*. *วารสารสูติแพทย์สัมพันธ์*, 16(7), 1-3.
- นิภา ทองรักษาติ. (2543). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลของรัฐจังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ปัญญา สนั่นพานิชกุล. (2554). *การวิเคราะห์ปัญหาทางอนามัยแม่และเด็กด้วยการใช้แผนภูมิ*. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 28(3), 187 - 198.
- ปรีชา วาณิชยเศรษฐกุล. (2546). *ตำราสูติศาสตร์การตั้งครรภ์และการคลอดปกติ: การดูแลการตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ต.
- พิชัย เจริญพานิช. (2539). *การออกกำลังกาย และเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: 21 เซ็นจูรี่.
- พวงน้อย สาครรัตน์กุล และจันทิมา ขนบดี. (2547). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: ป.สัมพันธ์พาณิชย์.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคม*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ภาวิณี ศรีสุขวัฒนานันท์. (2549). *การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและประเมินผลการศึกษา*. ใน ภาวิณี ศรีสุขวัฒนานันท์ และคณะ, ผู้รวบรวม. *หลักการวัดและประเมินผล การศึกษา* คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, หน้า 162.
- มณี รัตนไชยยานนท์. (2548). *สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนิรัตน์ สุกโชติรัตน์. (2534). *คู่มือการเตรียมร่างกายและจิตใจไว้คลอดบุตร*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มยุรี นีรัตธราดร. (2539). *การศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.



- ลาวัลย์ สมบูรณ์ และเทียมศร ทองสวัสดิ์. (2545). *ภาวะจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์ของหญิงมีครรภ์*.
เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิวัฒนา ศรีพจนารถ. (2543). *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ : แบบแผนสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา:
ซานเมืองการพิมพ์.
- วันดี ไชยทรัพย์ และเกสร สุวิริยะศิริ. (2545). *ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ภาวะสุขภาพของหญิง
ตั้งครรภ์ การศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกที่
ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.*
- วรางคนา คุ่มสุข. (2545). *การศึกษาเจตคติต่อการตั้งครรภ์ และแบบแผนการดำเนินชีวิตในระยะ
ตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- वासนา ถิ่นขนอน. (2555). *การพัฒนาแนวทางการให้บริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยครอบครัว
มีส่วนร่วมในคลินิกฝากครรภ์ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ Journal of Nursing Science & Health, 35(2),
20-55, เมษายน-มิถุนายน.*
- วิวัฒนา ศรีพจนารถ. (2542). *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ : แบบแผนสุขภาพ*. สงขลา: ภาควิชา
การพยาบาลสูตินรีเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วัลลา ตันตโยทัย. (2540). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่
อินสุลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- วิทยา ถิฐาพันธ์. (2549). *การดูแลสตรีตั้งครรภ์บนพื้นฐานข้อมูลประชากร. กรุงเทพฯ:
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- วรพจน์ พรหมสัถยพรต. (2546). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. มหาสารคาม: อภิชาตการพิมพ์.
- รอล์ฟ ซี เบนสัน และคณะ. (2548). *คู่มือสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา: การวินิจฉัยการตั้งครรภ์
และการฝากครรภ์*. กรุงเทพฯ: พี ฟอเรนบุ๊คส์เซ็นเตอร์ ปี.
- ศิริพงษ์ สวัสดิ์มงคล. (2548). *สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริราชพยาบาล. (2551). *พิธีวางศิลาฤกษ์อาคารโครงการพัฒนาศิริราชสู่สถาบันการแพทย์ชั้นนำ
ในเอเชียอาคเนย์*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวรรณ สันทัด. (2549). *พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ อำเภอไทรโยค จังหวัด
กาญจนบุรี. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดล, 2(6), 12-13.*
- ส.วาสนา ประवालพฤกษ์. (2538). *นักวางแผนวิจัยปฏิบัติการ (The Action Research Planner)*.
กรุงเทพฯ: กรมวิชาการ.
- สุวชัย อินทรประเสริฐ. (2539). *คู่มือตั้งครรภ์และเตรียมคลอด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- สุดศิริ หิรัญชอุณหะ. (2541). *การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.*



- สุรีย์ สิมารักษ์ และธีระ ทองสง. (2537). *การตั้งครรภ์และการคลอด*. กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรน บুকส เซนเตอร์.
- สุวชัย อินทรประเสริฐ. (2548). *คู่มือตั้งครรภ์และเตรียมการคลอด*. พิมพ์ครั้งที่ 18. กรุงเทพฯ: ภาควิชา สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวชัย อินทรประเสริฐ และสุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล. (2539). *สูติศาสตร์รามาธิบดี 1*. กรุงเทพฯ: โอลิสติก พับลิชชิง.
- เสรี ลาขโรจน์. (2537). *หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน*. เอกสารการสอน ชุดวิชาการบริหารและจัดการการวัดและประเมินผลการศึกษา หน้าที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2556). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2555-2559*. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม. (2556). *สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2556*. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม.
- อรทัย ธรรมกันมา. (2540). *การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุ้นจิตต์ บุญสม. (2540). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุ้นใจ กอนันตกุล. (2549). *การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง : ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์*. สงขลา : หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Akinyi Magadi M., Janet Madise N. and Nascimento Rodrigues R. (2000). Frequency and Timing of Antenatal Care in Kenya : Explaining the Variations Between Women of Different Communities. *Social Science & Medicine*, 51, 551-561.
- Alderliesren M. et al. (2007). Late Start of Antenatal Care Among Ethnic Minorities in a Large Cohort of Pregnant Women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(10), 1232-1239.
- Golding J. et al. (1989). Maternal Mortality in Jamaica : Socioeconomic Factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 68, 581.
- Kupek, E. et al. (2002). Clinical, Provider and Sociodemographic Predictors of Late Initiation of Antenatal Care in England and Wales. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(3), 265-273.
- Lie Thuy Thi Trinh and Rubin G. (2006). Late Entry to Antenatal Care in New South Wales Australia. *Reproductive Health*, 3(8), 1-8.
- McCaw-Binns A., La Grenade J. and Ashley D. (1995). Under-users of Antenatal Care : A Comparison of Nonattenders and Late Attenders for Antenatal Care, with Early Attenders. *Social Sciences Medical*, 40(7), 1003-1012.



Villar J, Bergsjo P. (1997). Scientific Basis for the Content of Routine Antenatal Care. I. Philosophy, Recent Studies, and Power to Eliminate or Alleviate Adverse Maternal Outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 76, 1-14.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



ส่วนที่ 2 การดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์

ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ตามความเป็นจริงและตามความคิดเห็นของท่านให้ครบถ้วนทุกข้อ

โดยการตอบคำถามสามารถอธิบายระดับการดำเนินงาน หรือ การปฏิบัติงาน โดยแบ่งเป็นร้อยละ ดังต่อไปนี้

มากที่สุด	หมายถึง มีการดำเนินงาน 81 – 100 %
มาก	หมายถึง มีการดำเนินงาน 61 – 80 %
ปานกลาง	หมายถึง มีการดำเนินงาน 41 -60 %
น้อย	หมายถึง มีการดำเนินงาน 21- 40 %
น้อยที่สุด	หมายถึง มีการดำเนินงาน 0-20 %

ข้อ	การดำเนินงาน	ระดับการดำเนินงาน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	การให้บริการรับฝากครรภ์เชิงรุก	5	4	3	2	1
1	การจัดทำคำสั่งทีมให้บริการรับฝากครรภ์ในการปฏิบัติงานเชิงรุก					
2	ก่อนการออกให้บริการเชิงรุก ไม่ได้มีการประชุมวางแผน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกับ ศูนย์ประสานงาน อสม.					
3	การสำรวจข้อมูลหญิงมีครรภ์หรือกลุ่มเสี่ยง(อาจตั้งครรภ์)					
4	ก่อนการออกให้บริการเชิงรุก ไม่ได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการสุขภาพชุมชน					
5	มีการจัดทำแผนการออกบริการเชิงรุกในชุมชนเป็นรายเดือนร่วมกับทีม รพสต. โดยเชื่อมโยงข้อมูลกับศูนย์ประสานงาน อสม.					
6	ไม่มีการออกปฏิบัติงาน รับบริการฝากครรภ์โดยกรณีการฝากครรภ์ที่อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์					
	การให้สุศึกษาประชาสัมพันธ์ การรณรงค์สร้างกระแส					
7	ไม่มีการค้นหาข้อความสื่อประชาสัมพันธ์โดยชุมชน					
8	ไม่มีการผลิตสื่อประชาสัมพันธ์					
9	ไม่มีการเผยแพร่สื่อ ประชาสัมพันธ์					
10	ไม่มีการรณรงค์สร้างกระแสในชุมชน					



ข้อ	การดำเนินงาน	ระดับการดำเนินงาน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
เครือข่ายส่งเสริมการฝากครรภ์						
11	การแต่งตั้งที่ปรึกษาการดำเนินงาน					
12	การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาแก่คณะกรรมการดำเนินงาน					
13	การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน โดยมี การดำเนินงานดังนี้ มีส่วนในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และ ร่วมประเมินผล					
14	การสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายการป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้า					
15	การสรุปผลการดำเนินงานของที่ปรึกษา					
การประสานงานและการสนับสนุนการดำเนินงาน						
16	เครือข่ายการดำเนินงานมีการประชุมปรึกษาหารือการดำเนินงาน					
17	การจัดทำโครงสร้างขั้นตอนการประสานงาน					
18	การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน					
19	การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
ครัวเรือนต้นแบบ						
20	การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานครัวเรือนต้นแบบ การส่งเสริมการฝากครรภ์ดีเด่น					
21	การจัดทำเกณฑ์การประกวดครัวเรือนต้นแบบ					
22	การประชาสัมพันธ์การประกวด					
23	การดำเนินการคัดเลือกครัวเรือนต้นแบบการส่งเสริมการฝากครรภ์ดีเด่น					
24	การมอบรางวัล					
25	การขยายผลการดำเนินงานในปีต่อไป					



ข้อ	การดำเนินงาน	ระดับการดำเนินงาน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์						
26	การจัดตั้งศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ในชุมชน หมู่บ้านละ 1 แห่ง					
27	การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครผู้รับผิดชอบในการให้บริการในศูนย์การเรียนรู้					
28	ไม่มีการศึกษาดูงานศูนย์เรียนรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ที่ประสบความสำเร็จหรือการศึกษาการดำเนินงาน ให้บริการฝากครรภ์ในสถานบริการที่มีคุณภาพ					
29	ขาดการสนับสนุนงบประมาณแก่ศูนย์เรียนรู้การฝากครรภ์เพื่อจัดซื้อ วัสดุ อุปกรณ์ เพื่อพัฒนาศูนย์การเรียนรู้					
30	การอบรมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้บริการในศูนย์การเรียนรู้การฝากครรภ์					
อาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชน						
31	การแต่งตั้งอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในครัวเรือน /หมู่บ้าน					
32	ขาดการพัฒนาศักยภาพ โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์แก่อาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชน					
33	ขาดการเฝ้าระวัง ตรวจเตือน หญิงมีครรภ์ให้เข้ารับบริการฝากครรภ์					
34	ขาดการประสานงานระหว่างอาสาสมัครเฝ้าระวังการฝากครรภ์ในชุมชนกับเจ้าหน้าที่ รพสต.					
35	การสรุปผลการดำเนินงาน					
การติดตามและประเมินผล						
36	ประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้					
37	ประกวดครัวเรือนต้นแบบการดำเนินงาน					
38	ประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้า					
39	ถอดบทเรียนการดำเนินงานลดการฝากครรภ์ล่าช้า					



ส่วนที่ 3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน

1. ท่านคิดว่าดำเนินงานเพื่อป้องกันการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ในชุมชน ประสบความสำเร็จ มีปัจจัยอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์





เลขที่รับ... 25/1/57
วันที่... 25/1/57
เวลา 14:00

คณะกรรมการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๑ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์นำรวบรวมเครื่องมือเพื่อการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาง

ด้วย นายชูวิทย์ ธานี รหัสนิติ๕๕๐๕๑๔๘๐๐๐๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนา รูปแบบการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ อำเภออุ้ม จังหวัดอุบลราชธานี" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำ วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.ชัยยง ชามรัตน์ เป็นประธาน กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ นพ.เรืองศิลป์ เกื่อนมาดี เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรด อนุญาตให้ นายชูวิทย์ ธานี เก็บรวบรวมเครื่องมือกับ อาสาสมัครสาธารณสุข ๑๐ คน ผู้ใหญ่บ้าน ๕ คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ๕ คน หญิงมีครรภ์ ๑๐ คน เจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ๒ คน โรงพยาบาลวิชาชีพ ๒ คน แพทย์ ๑ คน ในเดือน มกราคม ๒๕๕๗ - มีนาคม ๒๕๕๗ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไป ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วยจักษอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระศักดิ์ เจริญพันธ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ผอ. รพ. ส.ต. นาฝาง
- คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวม
เครื่องมือเพื่อการวิจัย
ในช่วงเวลานางท่าน
ส่งไปนมาเพื่อ
โปรดทราบ
งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กิตติยา คนเอน
โทรศัพท์โทรสาร ๐-๕๐๗๕-๕๓๕๓ 25/1/57



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๒๑ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นพ.ศิษฏ์คม เบ็ญจจันทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ...๑... เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ...๑... ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH2) จำนวน๑... ชุด

ด้วย นายชูวิทย์ ธานี รหัสนิสิต ๕๕๐๕๑๔๘๐๐๐๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ใ้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนา รูปแบบการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ อำเภออุดม จังหวัดอุบลราชธานี" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำ วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.ชัยยง ชามรัตน์ เป็นประธาน กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ นพ.เรืองศิลป์ เตือนนาดี เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียด ทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมี ประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไปรายละเอียดความสิ่งที่ส่ง มาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

- ทราย
๒๕ ม.ค. ๒๕๕๗

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๐๖๕๕-๔๐๖๕๓

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์





คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๑ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายธงศักดิ์ ดอกจันทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ...๑... เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ...๑... ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH2) จำนวน๑1... ชุด

ด้วย นายชูวิทย์ ธานี รหัสนิสิต ๕๕๐๕๑๔๘๐๐๐๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนา รูปแบบการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดอุบลราชธานี" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำ วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.ชัยยง ขามรัตน์ เป็นประธาน กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ นพ.เรืองศิลป์ เกื่อนนาดี เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียด ทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตินิติจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไปรายละเอียดตาม สิ่งที่ส่งมาด้วย


จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

- งาม

๕๐๑
๒๕ ๒๐. ๕๗.

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักเรียนคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จีระศักดิ์ เจริญพันธ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์





คณะกรรมการสุชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๒๑ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นางวราภรณ์ วรรณโท

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ...๑... เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ...๑... ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH2) จำนวน๑... ชุด

ด้วย นายชูวิทย์ ธานี รหัสสนิสิต ๕๕๐๕๑๔๘๐๐๐๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนา รูปแบบการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงมีครรภ์ อำเภอดุจุม จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำ วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.ชัยยง ชามรัตน์ เป็นประธาน กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ นพ.เรืองศิลป์ เตือนนาคี เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียด ทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้นำดำเนินการในขั้นตอนต่อไปรายละเอียดตามสิ่งที่ส่ง มาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จระศักดิ์ เจริญพันธ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ภาคผนวก ค
ภาพประกอบกิจกรรม





ภาพประกอบภาคผนวก ค_1 ประชุมเจ้าหน้าที่เตรียมการดำเนินงาน 1



ภาพประกอบภาคผนวก ค_2 ประชุมเจ้าหน้าที่เตรียมการดำเนินงาน 2





ภาพประกอบภาคผนวก ค_3 เปิดการอบรมหญิงมีครรภ์



ภาพประกอบภาคผนวก ค_4 ร่วมสังเกตการณ์ การอบรมหญิงมีครรภ์



ภาพประกอบภาคผนวก ค_5 ผู้เข้าอบรมถ่ายภาพร่วมกัน



ภาพประกอบภาคผนวก ค_6 สัมภาษณ์ อสม.



ภาพประกอบภาคผนวก ค_7 อสม.



ภาพประกอบภาคผนวก ค_8 สัมภาษณ์หญิงมีครรภ์ 1



ภาพประกอบภาคผนวก ค_9 สัมภาษณ์หญิงมีครรภ์ 2



ภาพประกอบภาคผนวก ค_10 สัมภาษณ์สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล

ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ - นามสกุล	นายชววิทย์ ธานี
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2507
จังหวัดและประเทศที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2525 ระดับ 4 ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน โรงเรียนเชิงเนินพิทยาคาร อำเภอเชิงเนิน จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2528 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเชิงเนินพิทยาคาร อำเภอเชิงเนิน จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2530 ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2536 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2557 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี 34160
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	บ้านเลขที่ 95 หมู่ที่ 2 ตำบลชีทวน อำเภอเชิงเนิน จังหวัดอุบลราชธานี 34150

