

## การพัฒนาระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

อุทัยทิพย์ ทองฉวี, พย.บ.\*

ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์, พย.ม.\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ศึกษาความเป็นไปได้ของระบบฯ และผลลัพธ์การใช้ระบบฯ การวิจัยประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา 2) ออกแบบและพัฒนาระบบ 3) การทดลองใช้ระบบ และ 4) ประเมินผลลัพธ์จากการใช้งานระบบ กลุ่มตัวอย่างแต่ละระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 หญิงตั้งครรภ์จำนวน 10 คนและผู้ปฏิบัติงานจำนวน 10 คน ระยะที่ 3 ผู้ปฏิบัติงานจำนวน 10 คน และระยะที่ 4 หญิงตั้งครรภ์จำนวน 28 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 2) ร่างระบบค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ 3) แบบสอบถามความเป็นไปได้และความคิดเห็นต่อระบบ 4) แบบสอบถามคุณภาพการบริการ 5) แบบบันทึกผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณา ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์การฝากครรภ์ล่าช้ามีสาเหตุหลัก 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ปังจัยจากตัวหญิงตั้งครรภ์ 2) ปังจัยด้านกระบวนการของการรับบริการฝากครรภ์ 3) ปังจัยทางเศรษฐกิจ และ 4) ปังจัยทางสังคม ระบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การค้นหา ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ อบรมให้ความรู้ ส่งเสริมการตรวจการตั้งครรภ์ ประชาสัมพันธ์เชิงรุก จัดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านลงพื้นที่ เพิ่มช่องทางการขอรับคำแนะนำ จัดฝากครรภ์นอกเวลาราชการและรายงานผล 2) การคัดกรองความเสี่ยง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ การประเมินความเสี่ยงและประเมินสุขภาพ จัดกลุ่มความเสี่ยง ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ และใช้แอปพลิเคชัน line ผลการประเมินความเป็นไปได้เท่ากับ 2.90 ( $SD=0.32$ ) ในส่วนผลลัพธ์ พบว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นจากก่อนใช้ระบบจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 87.09 และความคิดเห็นต่อการใช้ระบบโดยรวมเท่ากับ 4.82 ( $SD=0.39$ ) การพัฒนาระบบนี้ช่วยเพิ่มอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีศักยภาพสูงและควรขยายผลเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพแม่และเด็กอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ การคัดกรองความเสี่ยง

\*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

\*\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: tippawan@bcnt.ac.th

(Received: February 20, 2025; Revised: April 28, 2025; Accepted: April 30, 2025)

## Development of a system for detecting and screening the risk of pregnant women in the area of Na Yong District, Trang Province.

Uthaithip Thongchawee, B.N.S.\*

Tippawan Boonyaporn, M.N.S.\*\*

### Abstract

This research and development project aims to develop a system for screening and assessing risks among new pregnant women with gestational ages under 12 weeks, study the feasibility of the system, and evaluate the outcomes of its implementation. The research consists of four phases: 1) situational analysis and problem identification, 2) system design and development, 3) system pilot testing, and 4) outcome evaluation. The sample groups for each phase were as follows: Phase 1 included 10 pregnant women and 10 healthcare workers; Phase 3 involved 10 healthcare workers; and Phase 4 included 28 pregnant women. The research tools consisted of: 1) in-depth interview guides, 2) a draft system for screening and risk assessment of pregnant women, 3) feasibility and opinion questionnaires on the system, 4) service quality questionnaires, and 5) outcome recording forms. Data were analyzed using descriptive statistics. The findings revealed that delayed antenatal care registration was primarily caused by four factors: (1) maternal factors, (2) antenatal care service process factors, (3) economic factors, and (4) social factors. The developed system focuses on screening and risk assessment for pregnant women, with key components including: Screening, comprising six activities: educational training, promotion of pregnancy testing, proactive public relations, organizing village health volunteers (VHVs) for community outreach, expanding consultation channels, providing after-hours antenatal care registration, and reporting screening results. Risk assessment, consisting of five activities: risk evaluation, health assessment, risk categorization, physical examination, pregnancy examination, and the use of a LINE application. The feasibility assessment score was 2.90 (S.D.=0.32). Regarding outcomes, the rate of first antenatal visits before 12 weeks of gestation increased from 70% to 87.09% after system implementation. Overall user satisfaction with the system was rated at 4.82 (S.D.=0.39). The development of this system helped increase the rate of first antenatal visits before 12 weeks of gestation, demonstrating high potential for scalability and contributing to sustainable improvements in maternal and child healthcare quality.

Keywords: New pregnant women screening Risk assessment

---

\*Na Yong District Public Health Office, Trang Province

\*\* Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing,  
Ministry of Public Health

## บทนำ

การฝากครรภ์เป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แต่กลับพบว่าประเทศไทยมีแนวโน้มการเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้าและไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบาย“ฝากครรภ์คุณภาพ”ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย โดยมุ่งให้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์และฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2565 ได้พัฒนาแนวทางให้สอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นการฝากครรภ์ 8 ครั้ง (สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย, 2565; World Health Organization, 2022) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ผลการดำเนินงานของคลินิกฝากครรภ์ในประเทศไทยในปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบว่า การเข้ารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ในภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ไม่คงที่ โดยอยู่ที่ร้อยละ 78.86, 79.88 และ 75.05 เช่นเดียวกับการฝากครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 71.19, 73.06 และ 66.73 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ในจังหวัดตรังและอำเภอนาโยงมีแนวโน้มเช่นเดียวกับภาพรวมของประเทศ โดยในจังหวัดตรัง การเข้ารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์อยู่ที่ร้อยละ 81.37, 93.10 และ 78.72 ตามลำดับ ขณะที่การฝากครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพอยู่ที่ร้อยละ 74.58, 77.46 และ 71.18 ตามลำดับ สำหรับอำเภอนาโยง การเข้ารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์อยู่ที่ร้อยละ 78.26, 83.60 และ 79.19 ตามลำดับ ส่วนการฝากครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพอยู่ที่ร้อยละ 75.16, 78.72 และ 78.21 ตามลำดับ แม้ว่าผลการดำเนินงานของอำเภอนาโยง ซึ่งประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 7 แห่ง จะผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 75 ของกรมอนามัย ทั้ง 2 ตัวชี้วัด เมื่อวิเคราะห์คุณภาพการดำเนินงานให้บริการฝากครรภ์ของอำเภอนาโยง ในปีงบประมาณ 2566 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 3.85 ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.26 และหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางช่วงอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ร้อยละ 6.38 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2567) ปัจจัยเหล่านี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการฝากครรภ์ล่าช้าและการค้นหาความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ครอบคลุม

จากการทบทวนวรรณกรรม การฝากครรภ์คุณภาพ คือ การที่หญิงตั้งครรภ์และคู่ที่ได้รับการบริการตามกิจกรรมที่กำหนดตามมาตรฐานการฝากครรภ์ โดยกำหนดกิจกรรมคุณภาพ 3 ประเด็น ดังนี้

- 1) การบริการฝากครรภ์คุณภาพตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ โดยเน้นส่งเสริมและสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์ฝากครรภ์ 8 ครั้ง
- 2) หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงอายุครรภ์อย่างครบถ้วน ตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 และ
- 3) จัดเครือข่ายบริการฝากครรภ์และมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพ ทั้งนี้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับการบริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2567) นอกจากนี้การฝากครรภ์ 8 ครั้ง ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการเพิ่มคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละช่วงอายุครรภ์ ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 อายุครรภ์  $\leq$  12 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 13-20 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 21-26 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 27-30 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 31-34 สัปดาห์ ครั้งที่ 6 อายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ ครั้งที่ 7 อายุครรภ์ 37-38 สัปดาห์ ครั้งที่ 8 อายุ

ครรภ์ 39-40 สัปดาห์ (ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ขาดโอกาสได้รับยาบำรุงและคำแนะนำด้านโภชนาการ อาจส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุที่สำคัญ เช่น เหล็ก ไอโอดีน และโฟเลต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาและส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น คลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 2,500 กรัม และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนอาจเสียชีวิตในครรภ์ได้เช่นกัน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จากที่กล่าวมาข้างต้น การพัฒนาระบบการฝากครรภ์เป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยมุ่งเน้นค้นหาให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบฝากครรภ์โดยเร็ว เพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงแต่ละช่วงอายุครรภ์ (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565 - 2567, 2566) ) จากการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลในหลายพื้นที่ พบว่า การพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิส่งผลให้คุณภาพบริการดีขึ้น อัตราตายปริกำเนิดลดลง แต่ยังพบปัญหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้าเกิน 12 สัปดาห์ เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์และการค้นหาเชิงรุกในชุมชน (สรารุณี ไผ่ชำนาญ, 2561) ต้องการการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ (ประภาพรณ พัฒนพนาลัย และสุวดี น้ำรินชื่นจิตใส, 2564) หรือรูปแบบการให้บริการของคลินิกฝากครรภ์ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (สิริกร จันทรร, 2567) ซึ่งการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอนาโยงที่ผ่านมามีระบบที่ยังขาดความชัดเจนที่จะผลักดันให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ได้เร็วขึ้น และรูปแบบการให้บริการยังไม่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จึงเป็นที่มาของการพัฒนาระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง การปรับปรุงระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญในการยกระดับคุณภาพการฝากครรภ์ ซึ่งการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนจะช่วยลดอุปสรรค และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

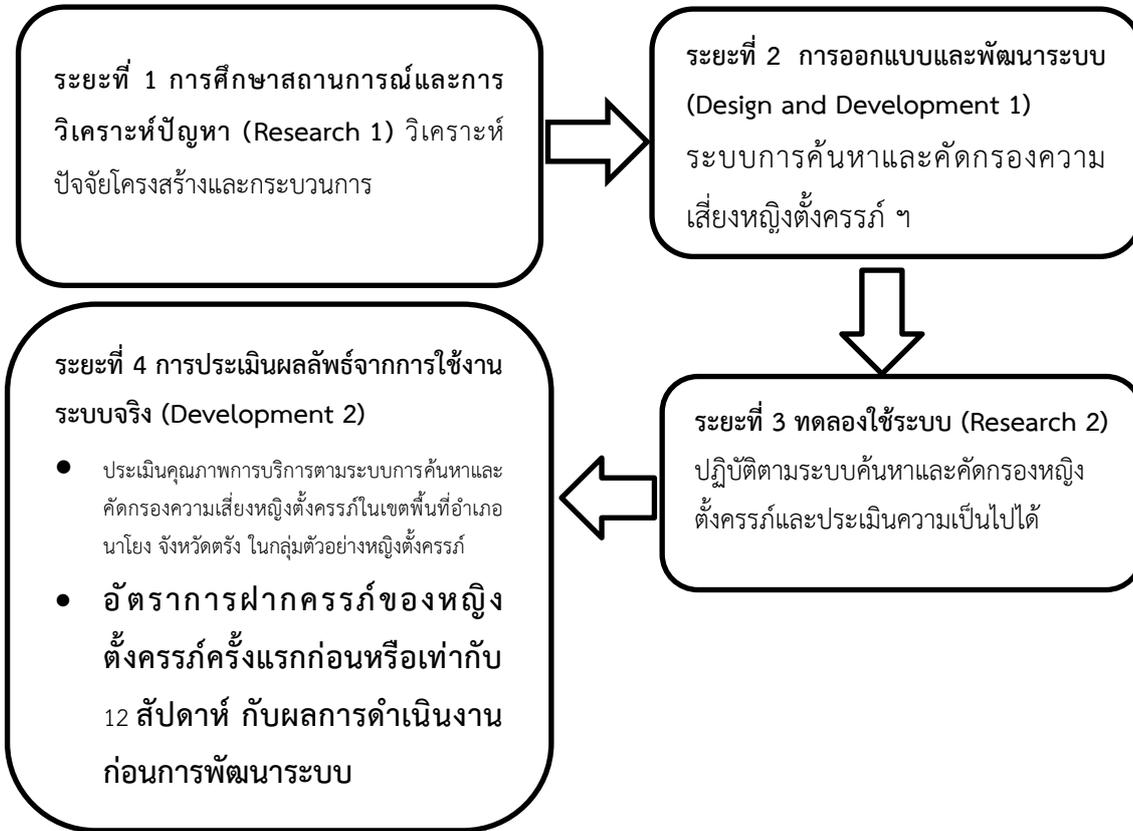
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้ระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้เป็นการวิจัยโดยใช้รูปแบบ Research and Development (R&D) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (R1) โดยในขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ (R1) ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (Donabedian, 2003.) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยโครงสร้างและกระบวนการที่ส่งผลต่อการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ 2) ออกแบบและพัฒนาระบบฯ (D1) เป็นการนำผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมากำหนดองค์ประกอบและขั้นตอนการดำเนินการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ 3) ทดลองใช้ระบบฯ (R2) เพื่อประเมินความเป็นไปได้และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ และ 4) ประเมินผลลัพธ์ของระบบฯ (D2) โดย ตัวแปรต้น คือ ระบบฯ ที่

พัฒนาขึ้น และ ตัวแปรตาม ได้แก่ อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์และคุณภาพการจัดบริการ สามารถสรุปข้อมูลทั้งหมดแสดงเป็นกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

**ระเบียบวิธีการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ในเขตพื้นที่อำเภอ นาโยง จังหวัดตรัง ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567 ประกอบด้วย 4 ระยะดังนี้

**ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และการวิเคราะห์ปัญหา (Research 1)** โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาสถานการณ์ของปัญหา และวิเคราะห์สภาพปัญหาให้ชัดเจน เป็นการศึกษาถึงสาเหตุของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าหลัง 12 สัปดาห์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาระบบฯ โดยทำการศึกษาจากเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎี รายงานวิจัยและการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่จังหวัดตรัง จำนวน 10 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีประวัติฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ เข้ารับบริการฝากครรภ์ในพื้นที่อำเภอ นาโยงอย่างน้อย 1 ครั้ง สามารถพูดภาษาไทยหรือภาษาใต้ได้ สัมผัสใจเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดตรัง จำนวน 10 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการงานอนามัยแม่และเด็กอย่างน้อย 1 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัย ปัญหาและอุปสรรคของการมาฝากครรภ์ จำนวน 5 ประเด็น และ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สำหรับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก เกี่ยวกับจุดอ่อนและจุดแข็ง ปัญหาและ/หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ความต้องการความช่วยเหลือ จำนวน 6 ประเด็น ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure Interview) จากการสังเคราะห์เอกสารงานวิจัย โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ก่อนปรับปรุงแล้วนำไปสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยสรุปใช้วิธีการสังเคราะห์เชิงคุณภาพ จากผลการวิจัยและข้อค้นพบจากเอกสาร และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในแต่ละประเด็นคำถาม ก่อนวิเคราะห์ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย เพื่อตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและกลับกรองให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง และได้มุมมองจากบุคคลอื่นด้วย ซึ่งประกอบด้วย นักวิจัย อาจารย์พยาบาล และผู้ปฏิบัติงานคลินิกฝากครรภ์ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อสรุปประเด็นต่างๆ เพื่อกำหนดขอบเขตของระบบ

**ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบ (Design and Development 1)** โดยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนาระบบฯ และออกแบบร่างระบบฯ โดยประชุมผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลคลินิกฝากครรภ์ หัวหน้างานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงปัญหาที่พบจากการใช้รูปแบบเดิม มาปรับปรุงร่างระบบฯ ให้สมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) และนำเสนอร่างรูปแบบใหม่แก่ที่ประชุม จากนั้นนำร่างระบบฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

**ระยะที่ 3 ทดลองใช้ระบบ (Research 2)** เตรียมความพร้อมของผู้เกี่ยวข้อง โดยอธิบายระบบฯ กิจกรรมและขั้นตอนในระบบตามร่างระบบฯ ดำเนินการทดลองใช้ระบบฯ เป็นระยะเวลา 2 เดือน โดยหญิงตั้งครรภ์จำนวน 10 คน จะได้รับการดูแลตามร่างระบบฯ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาโยง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยผู้วิจัยประสานกับผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยโดยวาจา ภายหลังกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วม ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยงของการวิจัย กระบวนการวิจัยและพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลวิจัยโดยให้เวลาในการอ่านใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นที่สงสัย หลังจากนั้นและให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความเป็นไปได้และความคิดเห็นต่อระบบฯ แก่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 คน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 20-30 นาที

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

แบบสอบถามความเป็นไปได้และความคิดเห็นต่อการใช้ระบบค้นหาและคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการสังเคราะห์เอกสารงานวิจัยมาสร้างแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ตำแหน่งงาน จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินความเป็นไปได้ ซึ่งเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 มีความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงมีความเป็นไปได้ในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการใช้ระบบฯ ซึ่งเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงเห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 12 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ( Indexes of Item-Objective Congruence: IOC ) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงและนำไปหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์จากการใช้งานระบบจริง (Development 2)

จัดประชุมชี้แจงการใช้ระบบฯ ให้เป็นในทิศทางเดียวกัน รวมถึงติดตามนิเทศ กำกับการใช้ระบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการติดตามระบบฯ เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างโดยพูดคุย แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และความเสี่ยงของการวิจัย กระบวนการวิจัยและพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลวิจัยจากหญิงตั้งครรภ์จำนวน 28 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G\*power 3.1 กำหนดค่า Effect size 0.30 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.95 แอลฟา 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 28 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ เป็นหญิงตั้งครรภ์ และหญิงที่สงสัยว่าตั้งครรภ์ เช่น ประจำเดือนขาด เป็นต้น อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง สามารถพูดภาษาไทยได้ สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพการบริการตามระบบฯ โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 20-30 นาที และบันทึกอัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

1. แบบสอบถามคุณภาพการบริการตามระบบฯ โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการสังเคราะห์เอกสารงานวิจัย มาสร้างแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ข้อมูลการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เป็นต้น จำนวน 8 ข้อ

2) แบบสอบถามคุณภาพการบริการตามระบบฯ ประกอบด้วยการประเมินคุณภาพ 5 ด้านคือ ด้านการค้นหา ด้านการคัดกรอง ด้านมาตรฐานงานบริการฝากครรภ์ ด้านความน่าเชื่อถือของเจ้าหน้าที่และด้านสถานที่และอุปกรณ์ จำนวน 39 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่คุณภาพบริการในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงคุณภาพบริการในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน)

2. เก็บข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์ตามเป้าหมายอัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยดึงข้อมูลการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ จากระบบฐานข้อมูล 43 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง และผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลและนำข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ( Indexes of Item-Objective Congruence: IOC ) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงและนำไปหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันจำนวน 30 คน โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

**วิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรัง เลขที่ IRB of BCNT 13/2567 ลงวันที่ 15 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

### ผลการวิจัย

**ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหา (Research1)** พบว่า การมาฝากครรภ์ล่าช้าเกิดจากตัวบุคคลหรือหญิงตั้งครรภ์เอง ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยนี้มี 4 ประเด็นหลักดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล หญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงานสะท้อนว่า การมาฝากครรภ์ล่าช้าเกิดจากตัวบุคคลหรือหญิงตั้งครรภ์เอง ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อยคือ 1) การขาดความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการฝากครรภ์ การไม่ทราบว่าตั้งครรภ์เนื่องจากไม่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การไม่ได้สังเกตตัวเอง 2) ขาดความเข้าใจในกระบวนการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการมาฝากครรภ์ล่าช้าและ 3) ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์

2. กระบวนการของการรับบริการ หญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงานสะท้อนว่า ระยะเวลาของการเปิดบริการไม่เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้เกิดการมาฝากครรภ์ล่าช้า ส่วนผู้ปฏิบัติงานต้องทำหน้าที่ตามกำหนดเวลาของทางราชการทำให้บริการไม่ตรงกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์

3. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ หญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงานสะท้อนว่า การทำงานในปัจจุบัน ยังไม่เอื้ออำนวยให้ลางานเพื่อมาฝากครรภ์ได้ บางรายหากกลางงานต้องหักเงินเดือนหรือรายได้

4. ปัจจัยทางสังคม หญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงานสะท้อนว่า กลุ่มตัวอย่างบางคนตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ยังไม่ผ่านพิธีแต่งงาน ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องปกปิด ส่งผลทำให้ต้องเลื่อนการมาฝากครรภ์จนกว่าจะสามารถเปิดเผยตนเองได้

**ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบ (Design and Development 1)** โดยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 รวมถึงปัญหาที่พบจากการใช้แนวปฏิบัติเดิมซึ่งมีรูปแบบไม่ชัดเจน มาทำการออกแบบร่างระบบฯ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 การค้นหาหญิงตั้งครรภ์โดยประยุกต์ใช้นวัตกรรม VALCHOR Model ดังนี้ (V = Volunteer, A = Award L= Line, C= Clinic H= Health Literacy, O= Love child, R= Report) ของวัชรกร ปุโร (2562) มาปรับปรุงระบบฯ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดังนี้

1) จัดอบรมให้ความรู้ในการเตรียมตัวก่อนการมีบุตรในกลุ่มครอบครัวใหม่ในพื้นที่ เพื่อให้หญิงวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรสมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมการตรวจการตั้งครรภ์โดยแจกชุดตรวจการตั้งครรภ์ โดยขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในพื้นที่

2) ประชาสัมพันธ์เชิงรุก ในการค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วโดยใช้ช่องทางต่าง ๆ ในการประชาสัมพันธ์ เช่น เสียงตามสาย เวทีประชุมหมู่บ้าน ไลน์กลุ่มหมู่บ้าน

3) จัดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงพื้นที่ ในการให้ข้อมูลการฝากครรภ์โดยเร็ว รวมถึงสิทธิประโยชน์ของการฝากครรภ์

4) เพิ่มช่องทางการติดต่อเพื่อขอรับคำแนะนำในการฝากครรภ์ ได้แก่ เบอร์โทร และ Line แอปพลิเคชัน

5) จัดการฝากครรภ์นอกเวลาราชการเพื่อรองรับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สะดวกมาช่วงเวลาทำงาน โดยนัดหมายล่วงหน้า เพื่อหลีกเลี่ยงการรอคิวนาน และสามารถจัดสรรเวลาให้เหมาะสมกับปริมาณผู้มารับบริการได้ โดยใช้ระบบการจองนัดหมายผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน line

6) กำหนดการรายงานการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ โดยระบุผู้รับผิดชอบงานข้อมูล และรายงานผลทุกสัปดาห์ ส่วนที่ 2 การคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

1) การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย

2) ประเมินการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ การให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน กรด โฟลิกและแคลเซียม การให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไข้หวัดใหญ่ รวมถึงประเมินสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด โรคซึมเศร้าและการดื่มสุรา

3) จัดกลุ่มความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อวางแผนการดูแล โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ความเสี่ยง คือ กลุ่มเสี่ยงสูง เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงต่ำ

4) ตรวจร่างกาย และตรวจครรภ์ และให้การดูแลตามขั้นตอนการบริการปกติ

5) สร้างกลุ่ม Line ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ และบุคลากรทางสุขภาพเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลตัวเอง

### ระยะที่ 3 ทดลองใช้ระบบ (Research 2)

ศึกษาความเป็นไปได้ของระบบในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90 มีอายุระหว่าง 30 - 40 ปีร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 100 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปีร้อยละ 50 สะท้อนความเป็นไปได้ในการใช้ระบบ ฯ ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 2.90 ( $SD = 0.32$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านความเหมาะสมเท่ากับ 3.00 ( $SD = 0.00$ ) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดด้านความประหยัดมีค่าเฉลี่ย 2.80 ( $SD = 0.42$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงความเป็นไปได้ของระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง (n = 10)

ระดับความเป็นไปได้	M	SD	การแปลผล
ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติหรือในการปฏิบัติตาม ข้อเสนอแนะ	2.90	0.32	ระดับสูง
ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ ทำให้เข้าใจได้ตรงกัน	2.90	0.32	ระดับสูง
ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	3.00	0.00	ระดับสูง
ความประหยัด (แนวปฏิบัติจะช่วยให้หน่วยงานสามารถประหยัด และลด ต้นทุน ทั้งด้านกำลังคน เวลาและงบประมาณ)	2.80	0.42	ระดับสูง
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำ ให้ เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ	2.90	0.32	ระดับสูง
ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ใน หน่วยงานของท่าน	2.90	0.32	ระดับสูง
<b>ภาพรวม</b>	<b>2.90</b>	<b>0.32</b>	<b>ระดับสูง</b>

ความคิดเห็นต่อการใช้ระบบฯ ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 4.82 ( $SD = 0.39$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านความพึงพอใจเท่ากับ 4.90 ( $SD = 0.32$ ) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดด้านนโยบายและการนำไปใช้จริง มีค่าเฉลี่ย 4.70 ( $SD = 0.48$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงความคิดเห็นต่อการใช้ระบบค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ในเขตพื้นที่ อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง (n = 10)

ความคิดเห็นต่อการใช้ระบบ	M	SD	การแปลผล
ด้านนโยบายและการนำไปใช้จริง	4.70	0.48	มากที่สุด
ด้านความรู้และความเข้าใจในการใช้งาน	4.83	0.39	มากที่สุด
ด้านความเหมาะสมและความสะดวกในการใช้งาน	4.83	0.39	มากที่สุด
ด้านประโยชน์ต่อหน่วยงานและการลดการฝากครรภ์ล่าช้า	4.80	0.41	มากที่สุด
ด้านความพึงพอใจ	4.90	0.32	มากที่สุด
<b>ภาพรวม</b>	<b>4.82</b>	<b>0.39</b>	<b>มากที่สุด</b>

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์จากการใช้งานระบบจริง (Development 2) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์จำนวน 28 คน ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 85 และมีสถานภาพคู่ร้อยละ 96.43 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.71 มากที่สุด จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 28.57 มากที่สุด และมีรายได้ตั้งแต่ 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 39.29 ได้รับการประเมินความเสี่ยงร้อยละ 100 หลังจากการใช้ระบบพบว่า คุณภาพการบริการตามระบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 4.60 ( $SD = 0.51$ ) ด้านการให้บริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด

เท่ากับ 4.85 ( $SD = 0.37$ ) และจากการบันทึกอัตราการฝากครรภ์ในพื้นที่ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ครั้งแรกหลังการใช้ระบบ ฯ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 17.09 ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ก่อนและหลังการใช้ระบบ ฯ

หน่วยบริการ	ก่อนใช้ระบบ ฯ	หลังใช้ระบบ ฯ	การเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก	70.58	89.47	+ 18.89
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข	69.23	83.33	+ 14.10
<b>รวม</b>	<b>70.00</b>	<b>87.09</b>	<b>+ 17.09</b>

ที่มา: จากระบบฐานข้อมูล 43 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2567

### อภิปรายผล

ระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์นี้ พัฒนารับมาจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้า โดยสำรวจข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง โดยมุ่งเน้นการค้นหาและดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครอบคลุม เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการฝากครรภ์และการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งระบบนี้ออกแบบจากสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้า มีสาเหตุหลัก 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (2) ปัจจัยด้านกระบวนการของการรับบริการฝากครรภ์ ได้แก่ ระยะเวลาการเปิดบริการฝากครรภ์ที่ไม่เอื้อต่อการเข้ารับบริการฝากครรภ์ (3) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การขาดงานหรือลางานที่ส่งผลกระทบต่อรายได้เพื่อไปฝากครรภ์ และ (4) ปัจจัยทางสังคม เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อมหรือยังไม่ผ่านพิธีแต่งงาน ซึ่งทำให้เกิดการปกปิดการตั้งครรภ์ จากสาเหตุดังกล่าวนำไปสู่การออกแบบและพัฒนาระบบฯ จากการดำเนินการดังกล่าว พบประเด็นสำคัญ ดังนี้ (1) การเพิ่มโอกาสเข้าถึงข้อมูลและบริการตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ พบว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้ แจกชุดตรวจการตั้งครรภ์ และใช้แอปพลิเคชัน LINE ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตรวจสอบสถานะตนเองเบื้องต้นและได้รับคำแนะนำทันที ลดการปกปิดการตั้งครรภ์และเพิ่มโอกาสในการฝากครรภ์ตั้งแต่วัยแรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิตา วงษ์สุวรรณ, วัชรวิ เรือนคง, และเยาวมาลย์ คำเขียว (2566) ที่สนับสนุนการใช้ช่องทางระบบการติดต่อที่เข้าถึงง่ายและเพิ่มการสนับสนุนในระดับชุมชนเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการอย่างเหมาะสม (2) การเพิ่มความยืดหยุ่นของระบบบริการฝากครรภ์ โดยการเพิ่มบริการฝากครรภ์นอกเวลาราชการผ่านการนัดหมายล่วงหน้า เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการหญิงตั้งครรภ์ ลดข้อจำกัดด้านเวลา และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤกษ์ (2563) พบว่าการปรับปรุงคุณภาพการบริการและการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ (3) การค้นหาเชิงรุกในระดับชุมชน โดยเน้นกระบวนการให้ข้อมูลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการส่งเสริมความรู้ผ่านกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในการติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้เข้าสู่ระบบการฝากครรภ์ รวมถึงการสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้เกิดเครือข่ายดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เข้มแข็ง มีความต่อเนื่อง และ

สามารถตอบสนองต่อปัญหาในระดับพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวัชรกร กุชโร (2564) สนับสนุนว่าการค้นหาเชิงรุกและการให้บริการอย่างเสมอภาค ช่วยให้ระบบการฝากครรภ์เกิดประสิทธิภาพ

การทดลองใช้ระบบฯ พบว่า ระบบมีความเป็นไปได้ในการใช้งานในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 2.90 ( $SD = 0.32$ ) นอกจากนี้ความคิดเห็นต่อการใช้ระบบฯ พบว่า อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.82 ( $SD = 0.39$ ) ผลการทดลองใช้ระบบฯ สอดคล้องกับผลการศึกษาของระนอง เกตุดาว, ปารีชาติ สาขามุละ และฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง (2564) พบว่า ผลการพัฒนา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ Udonthani Model Classifying Pregnancy 2020 ที่มีความถูกต้องเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้โดยมีประสิทธิภาพ การปรับปรุงระบบก่อนนำไปใช้จริง เน้นการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องและการสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงตามสถานการณ์จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของสรวิชัย ใฝ่ชำนาญ (2562) พบว่า การดำเนินงานหลังพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ ได้แก่ การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ การฝากครรภ์ 5 ครั้ง คุณภาพ เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์

การประเมินผลลัพธ์จากการใช้งานระบบจริง หลังจากใช้ระบบฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยความคุณภาพการบริการตามระบบฯ ในภาพรวมในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.60 ( $SD = 0.51$ ) และจากการบันทึกอัตราการฝากครรภ์ในพื้นที่ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ก่อนและหลังการใช้ระบบฯ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 17.09 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจารินี คุณทวีพันธุ์, อนุรักษ์ กระรัมย์ และระวีวัฒน์ นูมานิต (2562) พบว่า แบบคัดกรองที่มีความถูกต้องครบถ้วน ชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้ สามารถค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยอย่างเหมาะสม

ระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่อำเภอหนอง จันทดรงค์ ที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้มีประสิทธิภาพสูง ทั้งในด้านนโยบายและการนำไปใช้จริง ความรู้และความเข้าใจในการใช้งาน ความเหมาะสมและความสะดวกในการใช้งาน ประโยชน์ต่อหน่วยงานและการลดการฝากครรภ์ล่าช้า ระบบนี้ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าสู่กระบวนการฝากครรภ์ได้เร็วขึ้น จึงควรนำระบบฉบับนี้ไปใช้ในทุกสถานบริการในเครือข่าย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลสุขภาพมารดาและทารกอย่างทั่วถึงทั้งนี้ ควรมีการประเมินและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ระบบสามารถตอบสนองต่อบริบทและความต้องการของแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### 1. เชิงนโยบาย

1.1 ควรมีการกำหนดนโยบายสาธารณสุขเฉพาะพื้นที่ในระดับอำเภอหนองจันทดรงค์ และจังหวัดตรัง โดยใช้ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 วิเคราะห์ประเมินความคุ้มค่าทางสุขภาพของระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย

#### 2. เชิงวิชาการ

2.1 ควรมีการพัฒนากรอบแนวทางการฝึกอบรมสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะทางวิชาชีพในการดำเนินงานคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

2.2 จัดทำฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาค้นคว้าต่อ ยอดในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแม่และเด็ก

2.3 พัฒนามาตรฐานการดำเนินงานด้านการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ ให้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่

### 3. เชิงปฏิบัติการ

3.1 ควรนำระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในพื้นที่อำเภอ นาโยงและขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกัน

3.2 ควรนำไปใช้เป็นกรอบแนวทาง (Framework) ในการออกแบบกลไกการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อสร้างความต่อเนื่องของระบบบริการ

### เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือการดูแลหญิงตั้งครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)*. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567 . (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลสตรีตั้งครรภ์*. สืบค้นจาก [http://https://www.rtcog.or.th/files/1685345623\\_d8d75aab0a3f9b6bc66a.pdf](http://https://www.rtcog.or.th/files/1685345623_d8d75aab0a3f9b6bc66a.pdf)

จารินี คุณทวีพันธุ์, อนุรักษ์ กระรัมย์, และ ระวีวัฒน์ นุมาנית. (2562). ผลการพัฒนาแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(1), 49-57.

นันทิตา วงษ์สุวรรณ, วชิรี เรือนคง, และ เยาวมาลย์ คำเขียว. (2566). การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4. *วารสาร Roi Kaensarn Academy*, 8(7), 584-596.

ประภาพรณ พัฒนพนาลัย และสุวดี น้ารินชื่นจิตใส. (2566). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าปกากะญอ ในเขตพื้นที่สถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ระเมิง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก. งานประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 27 – 28 มิถุนายน 2566. โรงแรมท็อปแลนด์, อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. สืบค้นจาก <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/MA2566-004-01-0000001332-0000001443.docx>

ระนอง เกตุดาว, ปารีชาติ สาขามูละ, และ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง. (2564). การพัฒนากระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงรูปแบบอุดร 7 ขั้นตอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(2), 12-25.

- วัชรกร กุชโร. (2562). การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมติดตามหญิงตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 1(3), 41-51.
- ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *เส้นทางฝากครรภ์คุณภาพแนวทางวิถีชีวิตใหม่ 8 ครั้ง*. สืบค้นจาก <http://https://wellnesshospitalhpc7kk.anamai.moph.go.th/th/c-ebook>
- สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย. (2565). *นโยบายการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก [thaiperinatal.com/news](http://thaiperinatal.com/news)
- สรารุณี ใฝ่ชำนาญ. (2562). การพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมือง จังหวัดเลย. *ชัยภูมิเวชสาร*, 38(3), 17-27.
- สิริกร จันทศรี (2567) *การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี*. สืบค้นจาก <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MjY1>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2567). *ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)*. สืบค้นจาก <https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2560-2569) ด้านการส่งเสริมการเกิดและการเติบโตอย่างมีคุณภาพ*. สืบค้นจาก <https://rh.anamai.moph.go.th/th/download-03>
- หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤงดิ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้ากว่า 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น*, 1(3), 12-25.
- Donabedian A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University.
- World Health Organization. (2022). *WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience: Maternal and fetal assessment update: Imaging ultrasound before 24 weeks of pregnancy*. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046009>