



# ผลการพัฒนาแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์

## Development of the screening forms for pregnant women with high risk pregnancy in the Buriram Health Service Network

จารินี คุณทวีพันธุ์<sup>1</sup>, อรุณรักษ์ กระจรัมย์<sup>1</sup>, ระวีวัฒน์ นุมนานิต<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, <sup>2</sup>โรงพยาบาลบุรีรัมย์

### บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น ทั้งระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด อุบัติการณ์การเสียชีวิตของทารกปริกำเนิดจังหวัดบุรีรัมย์ในปี 2555-2558 สาเหตุการตายพบว่าปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของมารดาเป็นต้นเหตุ เกิดจากไม่ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยง หรือตรวจวินิจฉัยได้ล่าช้าทำให้ไม่ได้รับการรักษาในระยะเริ่มแรก วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และศึกษาผลการใช้แบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นในเรื่องความพึงพอใจด้านความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้ ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ คือ 1) เตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ สร้างแบบคัดกรองและคู่มือ 2) อบรมให้ความรู้ นำแบบคัดกรองและคู่มือไปทดลองใช้ 3) ประเมินผล 4) นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแก้ไข กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงและสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนของโรงพยาบาล ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ 1,054 ราย ผู้ประเมินระดับจังหวัด 21 คน และผู้ปฏิบัติงานเครือข่ายจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ 307 คน ศึกษาช่วงตุลาคม 2559 ถึง กันยายน 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) เครื่องมือในการดำเนินการ ได้แก่ แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ และคู่มือการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง (2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และแบบสอบถามความพึงพอใจ ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ และคู่มือการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.98 และ 0.89 ตามลำดับ แบบสอบถามความพึงพอใจทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Paired t-test และ Chi square test

ผลการศึกษาพบว่า แบบคัดกรองมี 4 องค์ประกอบ คือ ประวัติในอดีตและประวัติครอบครัว ประวัติครรภ์นี้ การตรวจร่างกายในครรภ์นี้ การตรวจในห้องปฏิบัติการ มีคำถาม 43 ข้อ โดยแบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับและส่งต่อตามศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องในการคัดกรองความเสี่ยงและการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยรักษาของผู้ประเมินระดับจังหวัดกับผู้ปฏิบัติงานพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ผู้ประเมินระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้แบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูงในทุกด้าน สรุปได้ว่าการศึกษานี้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในทั้งด้านความพึงพอใจ และพบความสอดคล้องของผลการคัดกรองและส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยกับผู้ประเมินระดับจังหวัด จึงควรนำแบบคัดกรองนี้ไปใช้ในทุกสถานบริการเครือข่ายให้สามารถค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสมตามศักยภาพสถานบริการ ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้

**คำสำคัญ :** การพัฒนา แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เสี่ยงสูง



## Abstract

High risk pregnancy causes the mother and fetus to be dangerous or have a higher risk of death, including during pregnancy, birth, and postpartum period. Incidence of perinatal mortality in Buriram Province in 2012-2015, cause of death found that the risk factors and complications of mothers are the cause. Caused by not being screened for risk or late diagnosis, resulting in the lack of initial treatment. This research is an action research. The purposes of this study were to developing of new screening forms for pregnant women with high risk pregnancy, study the effect of screening developed on satisfaction for the accuracy, completeness, clarity and ease of use. The four stages of the research were 1) Prepare and analyze the situation, create a screening form for pregnant women and guidelines 2) Training and take the screening form and guidelines to try out 3) Evaluate 4) Apply the results of the analysis to improve. Selected samples were purposive and stratified sampling according to the proportion of the hospital. The sample consisted of 1,054 pregnant women, 21 provincial auditor, and 307 health workers from the community hospitals and district health promotion hospitals in Buriram Province. The study period was from October 2016 to September 2018. The research tools consisted of 2 parts. 1) The tools used in the study were (1) The screening forms for pregnant women (2) The Guidelines for Screening and Referral for high risk pregnancy. 2) The tools used to collect data were: (1) Mother and Child Health Book (2) The questionnaire of satisfaction. The validity of the content was approved by five experts. The content validity index of the screening forms for pregnant women and the Guidelines for Screening and Referral for high risk pregnancy was 0.98 and 0.89. The satisfaction questionnaire was tested by Cronbach's alpha method was 0.94. The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, Paired t-test, and Chi-square test.

The study found that: The screening forms was composed of four elements: 1) Historical background and family history. 2) History of pregnancy. 3) Physical examination in this pregnancy. 4) Laboratory. There are 43 questions. The risk level is divided into 3 levels and forwarded according to the potential of each hospital. The consistency in the risk screening and referral for the diagnosis of the provincial auditor, there were no statistically significant differences. The Provincial Auditor and health workers have the overall satisfaction score on the screening protocols developed was high levels. In conclusion, this study has resulted in good results in both the satisfaction of the provincial auditor and the health workers. The health workers can assess the risk in accordance with the provincial auditor. The screening test should be used to screen in every network. It is possible to find pregnant women at high risk pregnancy. And forward to the appropriate diagnosis and treatment according to the potential service. The screening test can prevent possible harm to pregnant women and fetus.

**Key words** : Development, Pregnant women screening, High risk pregnancy



## บทนำ

การตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง เป็นการตั้งครรภ์ที่ทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีอันตรายหรือมีโอกาเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้นทั้งระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงดังกล่าว จึงจำเป็นต้องได้รับการคัดกรองและส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งเกิดจากไม่ได้รับการตรวจคัดกรองหรือตรวจวินิจฉัยทำให้ไม่ได้รับการรักษาในระยะเริ่มแรก วิธีการวินิจฉัยโรคและการประเมินความเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจครรภ์ รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การซักประวัติสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตทารกขณะตั้งครรภ์ที่สำคัญได้แก่ ความเสี่ยงด้านประวัติมารดา ด้านประวัติการตั้งครรภ์ การคลอดที่ผ่านมา ด้านประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ด้านการดูแลครรภ์ ด้านความก้าวหน้าการตั้งครรภ์ ด้านความเจ็บป่วย/ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการตั้งครรภ์ ด้านการคลอด และด้านทารก

การตายทารกปริกำเนิด เป็นการเสียชีวิตของทารกขณะอยู่ในครรภ์มารดาและร่วมกับการเสียชีวิตทารกแรกคลอด 0-7 วัน ในประเทศไทยเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าทารกทุก 1,000 ราย มีอัตราการเสียชีวิตของทารก 7.9 ราย ในขณะที่มาเลเซีย 10 ราย สหรัฐฯ 6 ราย แคนาดา 5 ราย ญี่ปุ่น 3 ราย และสิงคโปร์ 2 ราย ในจำนวนนี้สาเหตุการตายของทารกปริกำเนิด เกิดจากโรคหรือความผิดปกติที่พบในทารกระยะปริกำเนิด ได้แก่ ทารกซึ่งมีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ - 7 วันแรกของชีวิต และมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (สุวิทย์ อุดมกิตติ, 2553) ภาวะตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการตายทารกปริกำเนิด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก ตั้งครรภ์ขณะที่เป็นวัยรุ่นหรืออายุมาก มีการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติดหรือยา มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด คลอดเกินกำหนด มีความผิดปกติของการตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์แฝด รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด มีความผิดปกติของมดลูกและปากมดลูก มีโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีการติดเชื้อ ฯลฯ

อัตราตายทารกปริกำเนิดต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ปีงบประมาณ 2555-2558 จากสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขใน 12 เขต 75 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร คิดเป็น 2.8 ราย 2.5 ราย 2.5 ราย และ 2.3 ราย

ต่อ 1,000 ราย ของการเกิดมีชีพทั้งหมดตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งสาเหตุการตายปริกำเนิดพบว่า เกิดจากปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นต้นเหตุในจังหวัดบุรีรัมย์ที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์การเสียชีวิตของทารกปริกำเนิดในปีงบประมาณ 2555 - 2558 ยังมีแนวโน้มสูงเช่นเดียวกับระดับโลกและสูงกว่าระดับประเทศ คิดเป็น 7.03 ราย 4.08 ราย 3.89 ราย และ 5.41 ราย ต่อ 1,000 รายของการเกิดมีชีพทั้งหมดตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2558) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีปัญหาจากการวินิจฉัยและคัดกรองความเสี่ยงได้ช้า รวมถึงบางรายมีปัญหาในการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งผลกระทบให้เกิดอันตรายแก่ทั้งมารดาและทารกในครรภ์ และจากการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาในปีงบประมาณ 2555-2558 พบสาเหตุการตายทางตรง (Direct cause) ร้อยละ 57.14 สาเหตุการตายทางอ้อม (Indirect cause) ร้อยละ 42.85 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุการตายส่วนหนึ่งมาจากภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด อีกส่วนหนึ่งจากสาเหตุโรคทางอายุรกรรม จึงต้องมุ่งเน้นการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์และหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงหรือโรคทางอายุรกรรมและการจัดการรายบุคคล ป้องกันการตั้งครรภ์ในโรคเรื้อรัง และจากการทบทวนการคัดกรองในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กพบว่า ขาดความครบถ้วนในการคัดกรองความเสี่ยงร้อยละ 30.78 การซักประวัติไม่ครอบคลุม ร้อยละ 36.48 ขาดความครบถ้วนในการบันทึกการตรวจร่างกายร้อยละ 25.69 และขาดความครบถ้วนในการบันทึกผลเลือดร้อยละ 18.7 ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง เพื่อแก้ปัญหาการคัดกรองและส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยที่ล่าช้าดังกล่าว

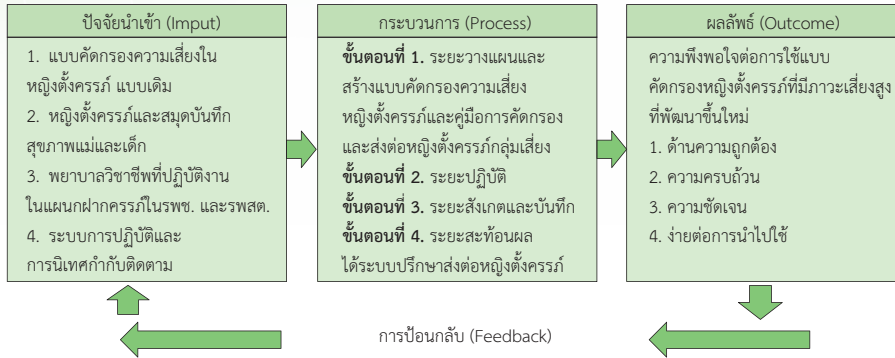
## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นในเรื่องความพึงพอใจด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้



## กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยนำทฤษฎีระบบของ Ludwig Von Bertalanffy และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart 1990 เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย



## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมมากขึ้น
2. มีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่รวดเร็วและเหมาะสมตามศักยภาพของสถานบริการ รวมถึงมีการส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ให้ห้องคลอดนำไปวางแผนการคลอดป้องกันอันตรายแก่มารดาและทารกในครรภ์
3. บุคลากรในเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองและการส่งต่อ ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดระบบการประสานงานที่ีระหว่างบุคลากรสาธารณสุขในแต่ละระดับ

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2561

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่เครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดบุรีรัมย์ มีประชากร จำนวน 17,000 ราย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการใชสูตรของ ทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, 1975) กำหนดระดับค่าความคาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนของโรงพยาบาลได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,054 คน โดยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์รายใหม่และฝากครรภ์ต่อเนื่อง 3 ครั้ง ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูดและสามารถสื่อสารเข้าใจ

ผู้ประเมินระดับจังหวัด ประชากรเป็นผู้มีเทศบาลจังหวัดและคณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์ของแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์จำนวน 27 คน คัดเลือกแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน โดยเป็นผู้มีเทศบาลจังหวัดและ/หรือพยาบาลวิชาชีพงานฝากครรภ์

ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์ไม่น้อยกว่า 5 ปี ผ่านการอบรมผู้เฝ้าและการใช้แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่จัดให้

ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ มีประชากรจำนวน 327 คน คัดเลือกแบบเจาะจงและสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนของโรงพยาบาลได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 307 คน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพ/บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์ไม่น้อยกว่า 2 ปี ผ่านการอบรมการใช้แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่จัดให้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่

1. แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ได้มาจากผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะได้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ประวัติในอดีตและประวัติในครอบครัว ประวัติในครรภ์นี้ การตรวจร่างกายในครรภ์นี้ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงฝากครรภ์ครั้งแรก มี 43 คำถาม และช่วงฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 5 มี 17 คำถาม

2. คู่มือการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ได้มาจากผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง แล้วตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ใช้เป็นคู่มือในการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเพื่อการวินิจฉัยและดูแลต่อเนื่องในแต่ละความเสี่ยงทั้ง 43 ข้อ รวมถึงแนวทางการส่งปรึกษาคลินิกครรภ์เสี่ยงสูง และคลินิกเฉพาะทางต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง





## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ประกอบด้วย (1) แบบประเมินการบันทึกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กสร้างโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านปริมาณและด้านคุณภาพ (2) แบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์เพื่อการประเมินการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กสร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ สภาพปัญหาการคัดกรองภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

2. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ สร้างโดยผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งการปฏิบัติงาน และประสบการณ์การทำงาน ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ด้านความถูกต้อง (correct) ด้านความครบถ้วน (complete) ด้านความชัดเจน (clear) และง่ายต่อการนำไปใช้ (ease of use) แบบสอบถามเป็นแบบ scale วัด 4 ระดับ ส่วนที่ 3 ปัญหา/ข้อเสนอแนะหรือความต้องการเกี่ยวกับการใช้แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์

**การตรวจสอบความตรง (Validity)** ตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับจุดประสงค์ของได้ค่า IOC เท่ากับ 0.98 และคู่มือคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า S-CVI เท่ากับ 0.89

**การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)** ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความพึงพอใจไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน (กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของครอนบาช (Cronbach's Coefficient + Alpha) ได้ผลการวิเคราะห์เท่ากับ 0.943

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ BRO 2016-013

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) ข้อมูลจากการทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์เดิมของการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ข้อเสนอแนะจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน คณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์ของแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็น สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

และสรุปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา 2) ข้อมูลการวิเคราะห์ความสอดคล้องในการคัดกรองและส่งต่อความเสี่ยงเพื่อการวินิจฉัยรักษาของผู้ประเมินระดับจังหวัด และผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติ Chi - square test

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การประเมินการบันทึกการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก การประเมินความพึงพอใจของการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ทั้ง 2 ชุด ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ Paired t-test

### ขั้นตอนที่ 1. ระยะเวลาแผน

1.1 ศึกษาวิเคราะห์หาข้อมูลพื้นฐาน โดยศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์ หาสาเหตุของปัญหาความบกพร่องของการปฏิบัติ ความต้องการเกี่ยวกับการบันทึกรวบรวมข้อมูลจากการตรวจสอบการบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก จัดทำแบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มระดมสมองจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวคิดเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วร่างแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงขึ้น

1.2 นำเสนอแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่ร่างขึ้น และอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในหัวข้อการฝากครรภ์ครรภ์เสี่ยงสูง แล้วสร้างแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่ พร้อมคู่มือการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

### ขั้นตอนที่ 2. ระยะปฏิบัติ

2.1 ระยะเตรียมการ ทำความเข้าใจกับพื้นที่ทดลอง โดยกำหนดพื้นที่วิจัยโรงพยาบาลชุมชน 22 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 224 แห่ง จัดประชุมเตรียมบุคลากรและผู้ปฏิบัติงานเรื่องการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่

2.2 ระยะทดลอง เป็นการนำแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ไปใช้ในพื้นที่วิจัย มีการนิเทศติดตามและฝึกปฏิบัติอย่างเข้มในระยะเวลาเริ่มแรก ประเมินผล ปัญหาอุปสรรคเป็นระยะๆ โดยคณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์ของแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

### ขั้นตอนที่ 3. ระยะสังเกตและบันทึก

เก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ จากผู้ปฏิบัติงานและผู้ประเมินระดับจังหวัดในเรื่องการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์แบบเดิมและแบบใหม่ เพื่อนำปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะต่างๆ มาปรับปรุงแก้ไข

### ขั้นตอนที่ 4. ระยะสะท้อนผล

นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแก้ไข เน้นการปรับปรุงแบบคัดกรองความเสี่ยง



หญิงตั้งครรภ์ และคู่มือการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ปรับระบบปรึกษาส่งต่อเพื่อความชัดเจน ถูกต้อง และรวดเร็วในการดูแลรักษา และเสนอต่อผู้บริหารต่อไป

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ประเมินระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 95.24 และ 94.79 ตามลำดับ ผู้ประเมินระดับจังหวัดส่วนใหญ่อายุมากกว่า 45 ปีร้อยละ 61.90 ส่วนผู้ปฏิบัติอายุน้อยกว่า 45 ปีร้อยละ 78.95 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 90.48 และ 96.42 ตามลำดับ เกือบทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 90.48 และ 100 ตามลำดับ ผู้ประเมินระดับจังหวัดส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 11-20 ปี ร้อยละ 38.10 ส่วนผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 20 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 35.83

### 2. ผลการพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์

2.1 จากการวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา ก่อนการพัฒนาเกี่ยวกับการดำเนินงานการฝากครรภ์ จากการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และตรวจสอบการบันทึกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ดังแสดงในตารางที่ 2

2.2 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องในการคัดกรองและส่งต่อความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างผู้ประเมินระดับจังหวัดกับผู้ปฏิบัติงาน ดังนี้

(1) ผู้ปฏิบัติงานสามารถคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ได้น้อยกว่าผู้ประเมินระดับจังหวัดเล็กน้อย คือ ร้อยละ 39.3 และ 40.8 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

(2) พบว่า ผู้ปฏิบัติงานสามารถส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อการวินิจฉัยและรักษาต่อเนื่องได้มากกว่าผู้ประเมินระดับจังหวัดเล็กน้อย คือร้อยละ 15.6 และ 14.6 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

### 3. เปรียบเทียบผลการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์แบบเดิมกับแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ ในเรื่องความพึงพอใจด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้ ดังแสดงในตารางที่ 3-4

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ประเมินระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่ในด้านความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้สูงกว่าแบบเดิมในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวม ผู้ประเมินระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมต่อแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์แบบเดิมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 76.92 และ ร้อยละ 57.7 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมต่อแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์แบบที่พัฒนาขึ้นใหม่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 และร้อยละ 98.63 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ประเมินระดับจังหวัด (n=21)		ผู้ปฏิบัติงาน (n=307)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
หญิง	20	95.24	291	94.79
ชาย	1	4.76	16	5.21
<b>อายุ (ปี)</b>				
≤ 45	8	38.10	240	78.95
> 45	13	61.90	67	21.82
<b>ตำแหน่ง</b>				
พยาบาลวิชาชีพ	19	90.48	296	96.42
นักวิชาการ	2	9.52	11	3.58
<b>การศึกษา</b>				
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	19	90.48	309	100
ปริญญาโท	2	9.52	-	-
<b>ประสบการณ์การทำงาน (ปี)</b>				
≤ 10	7	33.33	105	34.20
11 - 20	8	38.10	92	29.79
20 ขึ้นไป	6	28.57	110	35.83



## ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหาต่อการพัฒนาการดำเนินงานการฝากครรภ์

การบันทึกการคัดกรองความเสี่ยง	ศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน
(1) การซักประวัติไม่ครอบคลุม ร้อยละ 36.48	(1) ทักษะคิดในการคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ทำให้บันทึกไม่ครบถ้วน ร้อยละ 30.78
(2) ขาดความครบถ้วนในการคัดกรองความเสี่ยง ร้อยละ 30.78	(2) ผู้ปฏิบัติขาดความรู้ในการคัดกรองความเสี่ยงและการส่งต่อได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 21.45
(3) ขาดความครบถ้วนในการบันทึกการตรวจร่างกาย ร้อยละ 25.69	(3) ประเมินพบความเสี่ยงแต่ไม่มีการส่งต่อ ร้อยละ 17.35 ระบบสนับสนุน
(4) ขาดความครบถ้วนในการบันทึกผลเลือด ร้อยละ 18.7	(4) ไม่มีคู่มือในการตรวจคัดกรองและแนวทางการส่งต่อ ร้อยละ 72.35
(5) ขาดการสื่อสารบันทึกข้อมูลที่เป็นความเสี่ยงและแผนการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 13.57	(5) ระบบขอคำปรึกษาส่งต่อเข้าถึงยากไม่ชัดเจน ร้อยละ 51.84
<b>การตรวจพบ เช่น</b>	<b>การตรวจพบ เช่น</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีการคำนวณ BMI</li> <li>หญิงตั้งครรภ์ที่ BMI เกินไม่ได้คัดกรองภาวะเบาหวาน</li> <li>BMI ต่ำ ขาดการติดตามภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์</li> <li>ขาดการคาดคะเนวันกำหนดคลอดให้ตรงกัน</li> <li>ขาดการประเมินภาวะสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า</li> <li>ขาดการซักประวัติการใช้สารเสพติด สุราหรือสูบบุหรี่</li> <li>บันทึกการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียไม่สมบูรณ์</li> <li>ขาดการบันทึกผลเลือด Anti HIV หรือผลเลือดอื่นๆ</li> <li>ขาดการซักประวัติอดีต และประวัติครอบครัว ฯลฯ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่ได้วัดระดับมดลูกเป็นเซนติเมตร</li> <li>การคัดกรองโรคเบาหวานไม่ตรงกับเกณฑ์ที่กำหนด</li> <li>น้ำหนักเพิ่มน้อยกว่า 1 กิโลกรัมต่อเดือนไม่ได้รักษาเพิ่มเติม</li> <li>น้ำหนักเพิ่มมากกว่า 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน</li> <li>การตรวจครรภ์ยังไม่แม่นยำ</li> <li>การแปลผลภาวะซิดไม่ถูกต้อง</li> <li>อายุครรภ์ 18-21 สัปดาห์ไม่ส่งพบแพทย์เพื่ออัลตราซาวด์</li> <li>อายุ 35 ปี ไม่มีบันทึกแนะนำการเจาะน้ำคร่ำ</li> </ul>

## ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจรายด้านของผู้ประเมินระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติงานต่อแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์แบบเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่

ระดับความพึงพอใจ	ผู้ประเมินระดับจังหวัด (n = 21)						ผู้ปฏิบัติงาน (n = 307)					
	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้นใหม่		t	p	แบบเดิม		แบบที่พัฒนาขึ้นใหม่		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านความถูกต้อง	2.85	0.38	3.62	0.51	-3.825	.002	3.10	0.56	3.62	0.52	-5.435	.000
ด้านความครบถ้วน	2.69	0.48	3.54	0.52	-4.430	.001	3.01	0.57	3.88	0.33	-12.124	.000
ด้านความชัดเจน	2.85	0.38	3.62	0.51	-3.825	.002	2.81	0.6	3.85	0.40	-13.164	.000
ด้านการง่ายต่อการนำไปใช้	2.46	0.52	3.77	0.44	-6.278	.000	2.30	0.52	3.90	0.30	-22.166	.000

## ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของผู้ปฏิบัติงาน และผู้ประเมินระดับจังหวัด จำแนกตามระดับความพึงพอใจ

ระดับความพึงพอใจ	ผู้ประเมินระดับจังหวัด		ผู้ปฏิบัติงาน		
	แบบเดิม	แบบที่พัฒนาขึ้นใหม่	แบบเดิม	แบบที่พัฒนาขึ้นใหม่	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ต่ำ (1-6 คะแนน)	-	-	4 (1.3)	-	
ปานกลาง (6.01-11 คะแนน)	16 (76.2)	-	177 (57.7)	3 (1.37)	
สูง (11.01-16 คะแนน)	5 (23.8)	21 (100)	126 (41.0)	304 (98.63)	
รวม	21 (100)	21 (100)	307 (100)	307 (100)	
	$\bar{X} \pm SD$	10.85 ± 1.14	14.54 ± 1.51	11.23 ± 1.69	15.25 ± 1.14





## อภิปรายผล

1. แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น แบ่งการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์เป็น 2 ช่วง ได้แก่ ฝากครรภ์ครั้งแรกมีคำถาม 43 ข้อ ฝากครรภ์ครั้งที่ 2-5 มีคำถาม 17 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ประวัติในอดีตและประวัติในครอบครัว ประวัติในครรภ์นี้ การตรวจร่างกายในครรภ์นี้ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการตายทารกปริกำเนิดได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้าน ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ปัจจัยเสี่ยงด้านการดูแลครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงด้านความเจ็บป่วย/ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงด้านการคลอด และ ปัจจัยเสี่ยงด้านทารก ข้อค้นพบจากการศึกษาบ่งชี้ว่าการจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาล ควรจัดให้ที่มีการวินิจฉัยโรคและการประเมินความเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจครรภ์ รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ครอบคลุมกลุ่มโรคดังกล่าวมากยิ่งขึ้น และควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ในระดับปฐมภูมิในชุมชน ระดับอำเภอ และให้ความสำคัญกับการลดอัตราการคลอดให้มากขึ้น (ลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ, 2546; เบญจา พิงอุบล, 2550; สุวิทย์ อุดมกิตติ, 2554)

2. ภายหลังจากทดลองใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ พบว่าผลการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ของผู้ปฏิบัติงานสอดคล้องกับผู้ประเมินระดับจังหวัด เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของบลูม (Bloom, 1956) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิด (Cognitive Domain) และได้นำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ จึงทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการได้รับการอบรม และฝึกปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญ และได้รับการนิเทศอย่างเข้ม ในระยะเริ่มแรกของการนำแบบคัดกรองไปใช้ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถคัดกรองได้อย่างมั่นใจ และสอดคล้องกับผลการปฏิบัติของผู้เชี่ยวชาญ (ศุภิสรา วรโคตร และคณะ, 2554; ดารณี อุทัยรัตนกิจ และคณะ, 2556; นงลักษณ์ แก้วศรีบุตร และคณะ, 2561)

3. ผู้ประเมินระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่ในด้านความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้สูงกว่าแบบเดิมในทุกด้าน โดยข้อมูล

จากแบบสอบถามความพึงพอใจพบว่า (1) ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงดังกล่าวมากขึ้น เนื่องจากมีคู่มือการคัดกรองและส่งต่อที่ชัดเจน ระบุว่าควรส่งต่อเมื่อไร หรือส่งตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นก่อนพบแพทย์อย่างไร ทำให้ทราบแผนการรักษาของแพทย์ชัดเจนมากขึ้น ทำให้เกิดความรวดเร็วในการวินิจฉัยรักษาและดูแลต่อเนื่อง (2) ใช้ง่าย ข้อคำถามมากแต่ไม่ซับซ้อน ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ (3) พื้นที่ที่ไม่มีสูติแพทย์จำเป็นที่จะต้องอาศัยทีมสุขภาพที่มีประสบการณ์ แต่แบบคัดกรองนี้จะช่วยในการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อการส่งต่อได้รวดเร็วตามศักยภาพของแต่ละสถานบริการที่ระบุไว้ (4) มีโครงสร้างชัดเจน จัดหมวดหมู่การคัดกรองความเสี่ยงและส่งต่อให้เห็นในหน้าเดียว และไม่ต้องเปิดสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหลายๆ หน้า นำไปใช้ง่าย สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยมีกระบวนการวิจัย 4 ขั้นตอน วิเคราะห์สถานการณ์การใช้แบบคัดกรองเดิม สร้างแบบคัดกรอง ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ นำไปทดลองใช้และประเมินผล ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้เพิ่มขึ้นสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น และบุคลากรสุขภาพเห็นด้วยอย่างมากว่าวิธีการคัดกรองสามารถนำไปปฏิบัติได้ และมีความสะดวกในการนำไปใช้ (นงลักษณ์ แก้วศรีบุตร และคณะ, 2561)

## สรุปผล

แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่สามารถทำให้ผู้ประเมินระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบคัดกรองทั้งในด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้สูงกว่าแบบเดิมในทุกด้าน จึงควรนำแบบคัดกรองฉบับนี้ไปใช้ในสถานบริการเครือข่ายให้สามารถค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่ได้จากการวิจัยไปต่อยอดขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ร่วมกับการพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แบบคัดกรองแบบใหม่ แก่บุคลากรการแพทย์ในพื้นที่

2. ผู้บริหารควรส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ องค์ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการแพทย์ในเรื่องการฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง องค์ความรู้เฉพาะโรค โดยการฝึกอบรมพยาบาลประจำการอย่างสม่ำเสมอ ปฐมนิเทศพยาบาลใหม่





จัดทำคู่มือการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงให้ทันสมัย ส่งเสริมการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ เป็นสื่อกลางในการฝากครรภ์คุณภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

3. จัดให้ผู้ปฏิบัติงานมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ เพื่อการประสานงานทำให้พัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง และควรจัดให้มีช่องทางขอคำปรึกษาส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เช่น เปิดระบบขอคำปรึกษาผ่านทาง ID Line ในกลุ่มโรคสำคัญ เป็นต้น

4. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องในระยะยาวว่า เมื่อนำแบบคัดกรองความเสี่ยงไปใช้จริงแล้วสามารถลด อัตราทารกตายปริกำเนิด (*Perinatal Mortality Rate*) ได้จริงหรือไม่

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.วิฑิต สฤกษ์ชัยกุล นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ดร.นพ. ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ พญ. ศิรประภา ต้นเตชสาธิต พญ. สลักจิต วรรณโกษิตย์ คุณพิกุล บัณฑิตพานิชชา คุณลักษณะวรินทร์ ภูระย้า คุณพิกุล แก้วบุญเรือง ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ และ ดร.สมหมาย คชนาม ที่ปรึกษาในงานวิจัย

#### เอกสารอ้างอิง

Amsuwan, Ladda. Isaranurak, Sirikun. Chanwitan, Prasin. Techasena, Waraporn. Suthan Sumitra. and Suphapinyo, Chanyayuth. (2003). *Death and perinatal mortality True from the surveillance of pregnant women and newborns, a long-term research project in Thai children*. Health Systems Research Institute Thailand Research Fund Ministry of Public Health.

Best, John. (1970). *Research in education*. Englewood Cliffs, New Jersey : Printice-Hall.

Bloom, Benjamin S. (1956). *Taxonomy of Education Objective Handbook I : Cognitive*. New York: David Mackey Company, Inc.

Health Information Group. (2016). *Health Statistics Year 2016*. Nonthaburi: Strategic and Planning Division.

Kaewsribut, Nonglak. Chamnan, Nataya. Mekam, Nipaporn. Phatmeesuk, Natcha. and Phaeng, Jitlada. (2018). *Development of screening*

*methods for the transmission of pulmonary tuberculosis. Health personnel Outpatient service and emergency accident patient service Mancha Khiri Hospital*. 6 September 2018 from file: /// C: / Users / vipsu6 / Downloads / R2R. TB% 20 screening (Essence)% 20 (2)% 20 (1).pdf

Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer (3rd ed.)*. Victoria : Deakin University.

Phueng Ubon, Benja. (2007). *Infant mortality situation in health promotion hospitals Health Center 4, Ratchaburi, Budget Year 2002-2007*. 28 September 2018, from . pdf

Udomkitti, Suwit. (2011) *High risk factors of pregnant women with perinatal mortality. Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. The Association of Preventive Medicine, 1 (1), 98-108.*

Uthairattanakit, Daranee. Srisukvatananan, Pawinee. Ngamsamut, Nattawat. Saengsawang, Thapana. and Wangwisegsukul, Chanikarn. (2013). *The Identification, Screening, and Diagnosis for Parson with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and Learning Disorders, and Pervasive Developmental Disorders/ Autism*. Kasetsart University.

Von Bertalanffy, L. (1956). *General System Theory: General Systems*. Yearbook of the Society for the Advancement of General System Theory. 1: 1-10

Worakot, Supisara. Thungimma, Phongsri. Srina, Nantana. and Theerasopon, Pranee. (2011). *Screening of primary anemia in reproductive women by Chan Phen Sub-district Public Health Volunteer, Tao Ngoi District, Sakonnakhon Province*. Journal of Nursing and Education, 4 (2), 2-9.

Yamane, Taro. (1975). *Statistic : An Introductory analysis. (3<sup>rd</sup> ed.)*. Tokyo : Harper International edition.