

การพัฒนาเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์
กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.)
ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
ในพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

นางสาวปวีณา ทองคำ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรพันธ์ แสงสว่าง ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ เป็นที่ปรึกษา ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ทั้งในด้านการพัฒนาเกณฑ์การประเมิน ความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงฯ ให้ความอนุเคราะห์และสละเวลาเป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และสนับสนุนการดำเนินงานด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณ นายวันเฉลิม ฤทธิมนต์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ เป็นที่ปรึกษา ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ทั้งด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและการเขียนรายงานได้อย่างสมบูรณ์ และสนับสนุน การดำเนินงานด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณ นางรุ่งรศมี ศรีวงศ์พันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และนายสุรสิทธิ์ ฉันทกุล นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาเกณฑ์การประเมิน ความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสนับสนุนการดำเนินงานด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณ นางกฤษณา กาเผือก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และสละเวลาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณ นางกฤษณา กาเผือก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ , นางจันทร์ฉาย สิงห์นนท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, นางวันเพ็ญ ใสด้วง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และนางสาวอำภพร ผิวอ่อน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ และสละเวลาเป็นผู้เผยแพร่ความรู้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาด้วยรูปแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development ; R & D) ตามระเบียบวิธีวิจัย มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ มีการดำเนินงาน ๓ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ ๑ การศึกษาปัญหา, ขั้นตอนที่ ๒ พัฒนาด้านแบบนวัตกรรมและปรับปรุงแก้ไข และขั้นตอนที่ ๓ ทดลองใช้และสรุปผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความสามารถในการใช้เกณฑ์ฯ ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ และความถี่

ผลการศึกษา พบว่า เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ที่ได้พัฒนาขึ้นมา ช่วยให้พนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถนำมาใช้ในการประเมินความเสี่ยงให้แก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง แก้ปัญหาความไม่เข้าใจในหลักวิชาการทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ ๙๕.๘๐ ความพึงพอใจในภาพรวมต่อเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ ๔.๘๕ อย่างไรก็ตามยังพบข้อสังเกตในด้านการรับรู้ หลังจากที่ได้มีการประเมินความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยง พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้น้อยในประเด็นที่มีความเสี่ยงสูง (สีแดง) เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ประวัติทางอายุรกรรมที่รุนแรง ซึ่งเป็นประเด็นที่จะต้องพัฒนาให้กลุ่มที่มีบทบาทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ให้มีความรู้ในเรื่องดังกล่าวมากขึ้น

สำหรับข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยเห็นว่าควรปรับปรุงและพัฒนารูปแบบของเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ให้มีรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ที่จะทำการศึกษาวิจัย เช่น วิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด มีรูปภาพประกอบที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม และบริบทของพื้นที่ รวมถึงภาษาที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบ ควรเป็นภาษาท้องถิ่นของพื้นที่ในการวิจัย เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญตาราง	จ
สารบัญแผนภาพ	ฉ
สารบัญรูปภาพ	ช
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์การศึกษา	๒
๑.๓ คำถามการศึกษาวิจัย	๒
๑.๔ ขอบเขตการวิจัย	๓
๑.๕ ระยะเวลา	๓
๑.๖ นิยามศัพท์เฉพาะ	๓
บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๔
๒.๑ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์	๔
๒.๒ เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง	๖
๒.๓ หลักการประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์	๖
๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	๘
๒.๕ ระบบและรูปแบบการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในปัจจุบัน	๙
๒.๖ การมีส่วนร่วมของชุมชน	๑๑
๒.๗ ทฤษฎีการรับรู้ด้วยภาพ	๑๓
๒.๘ ทฤษฎีการเข้าใจด้วยภาพ (Cognitive)	๑๕
๒.๙ ทฤษฎีการเรียนรู้	๑๖
๒.๑๐ ความหมายของกลุ่มชาติพันธุ์	๑๙
๒.๑๑ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๒๗
บทที่ ๓ ระเบียบวิธีวิจัย	๒๙
๓.๑ รูปแบบการวิจัย	๒๙
๓.๒ ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง	๒๙
๓.๓ ขั้นตอนการวิจัย	๒๙
บทที่ ๔ ผลการศึกษา	๓๕
บทที่ ๕ สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ	๕๑
๕.๑ สรุปผลการวิจัย	๕๑
๕.๒ อภิปรายผล	๕๓
๕.๓ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย	๕๔
เอกสารอ้างอิง	๕๖

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รูปกิจกรรม

๕๙

ภาคผนวก ข เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ฯ

๖๓

ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๖๕

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ ๑ แสดงกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง จำแนกรายเขตสุขภาพ	๑๙
ตารางที่ ๒ สรุปความเชื่อการตั้งครรภ์และการคลอด	๒๒
ตารางที่ ๓ แสดงการแปลผลระดับความประเณน	๓๑
ตารางที่ ๔ แสดงเกณฑ์การแปลความหมายเพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนน	๓๒
ตารางที่ ๕ แสดงข้อมูลกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่อำเภออมก๋อย	๓๕
ตารางที่ ๖ แสดงข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่	๓๕
ตารางที่ ๗ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	๓๗
ตารางที่ ๘ แสดงข้อคิดเห็นต่อรูปแบบเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์	๓๙
ตารางที่ ๙ แสดงการมีส่วนร่วมในการออกแบบ พัฒนา และปรับปรุงเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง	๔๑
ตารางที่ ๑๐ แสดงผลการทดลองใช้	๔๓
ตารางที่ ๑๑ แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	๔๓
ตารางที่ ๑๒ แสดงผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์	๔๕
ตารางที่ ๑๓ แสดงผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ตามระดับ	๔๖
ตารางที่ ๑๔ ระดับความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์	๔๙
ตารางที่ ๑๕ แสดงผลการประเมินความสามารถในการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง	๔๙
ตารางที่ ๑๖ แสดงผลความพึงพอใจต่อการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์	๕๐

สารบัญตารางแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ ๑ เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ของกรมอนามัย	๙
แผนภาพที่ ๒ เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ของศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	๑๐
แผนภาพที่ ๓ การแบ่งระดับความเสี่ยง	๑๐
แผนภาพที่ ๔ กระบวนการเรียนรู้ของสัญลักษณ์ของอัลคัส เลโอนาร์ค อักซลีย์	๑๓
แผนภาพที่ ๕ ระดับความเป็นนามธรรมของภาพ	๑๔
แผนภาพที่ ๖ กระบวนการและขั้นตอนการวิจัย	๓๔
แผนภาพที่ ๗ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่	๓๖
แผนภาพที่ ๘ รูปแบบเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง	๓๘
แผนภาพที่ ๙ ปรับปรุงรูปแบบเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง	๔๐
แผนภาพที่ ๑๐ เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ แผ่นที่ ๑	๔๑
แผนภาพที่ ๑๑ เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ แผ่นที่ ๒	๔๒
แผนภาพที่ ๑๒ เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง	๕๒

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปภาพที่ ๑ แสดงการมีส่วนร่วมในการออกแบบเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์	๓๗
รูปภาพที่ ๒ ถ่ายทอดองค์ความรู้และวิธีการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์	๔๔

บทที่ ๑

บทนำ

๑. ความเป็นมาและความสำคัญ

การตั้งครรภ์เป็นการให้กำเนิดชีวิตใหม่ ซึ่งครอบครัวมีความคาดหวังให้การตั้งครรภ์นั้นมีคุณภาพ มีการคลอดที่ปลอดภัย ซึ่งการตั้งครรภ์เป็นเรื่องธรรมชาติ แต่เมื่อรู้ตัวตั้งครรภ์แล้ว ควรได้รับการฝากครรภ์ โดยเร็วที่สุด เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ เป็นการเฝ้าระวังและติดตามความผิดปกติที่เกิดขึ้นในระยะก่อนคลอด ซึ่งจะลดอัตราการตายและอัตราทุพพลภาพ ทั้งต่อมารดาและทารก (อุ๋นใจ กอนันตกุล ๒๕๖๒) ปัจจุบันแนวโน้มหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น และภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดที่สำคัญต่อการเสียชีวิตของมารดาและทารก การฝากครรภ์เป็นบริการพื้นฐานที่มีความสำคัญ และจำเป็นสำหรับสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ นับได้ว่าเป็นขั้นตอนแรกที่ทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์ ระยะของการเจ็บครรภ์ การคลอด และหลังคลอด เพราะจุดมุ่งหมายในการฝากครรภ์นั้น เพื่อให้แน่ใจว่ามารดาและทารกในครรภ์มีสุขภาพดี แข็งแรงตลอดการตั้งครรภ์ เป็นการตรวจสอบภาวะเสี่ยง และผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นต่อมารดา และทารกในครรภ์ องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน ๑๒ สัปดาห์ เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ อย่างครอบคลุม เป็นการป้องกันวินิจฉัยโรคและรักษาทางการแพทย์ทั่วไปได้ทันเวลา ส่งผลให้เกิด ความปลอดภัย ด้านการคลอด ช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารก ลดภาวะ Birth asphyxia, Low birth weight อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังมีหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ล่าช้า (ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ มากกว่า ๑๒ สัปดาห์) ถึงร้อยละ ๕๓ ซึ่งการฝากครรภ์ล่าช้า จะไม่สามารถค้นหา แก้ไข ความผิดปกติได้ทัน ส่งผลให้ เด็กไทยแรกเกิดมีสภาวะทางร่างกายไม่สมบูรณ์ (Ministry of Public Health, ๒๐๑๗)

ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) เพื่อสร้าง หลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย ข้อ ๓.๑ ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า ๗๐ ต่อการเกิดมีชีพ ๑ แสนคน ภายในปี ๒๕๗๓ และข้อ ๓.๗ สร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการข้อมูล การให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า รวมถึง การวางแผนครอบครัวและการผสมพันธุ์ ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติภายในปี ๒๕๗๓ ซึ่งสอดคล้องตามแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๕ ให้ความสำคัญต่อการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กตั้งแต่ในครรภ์มารดา มุ่งเน้นพัฒนาปรับปรุงการบริการอนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากยังพบหญิงตั้งครรภ์กลุ่มชาติพันธุ์เสียชีวิตขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ด้วยสาเหตุต่างๆทุกปี

โดยในเขตสุขภาพที่ ๑ เป็นเขตที่มีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง อาศัยอยู่ถึง ๘๐๐,๕๐๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๗๑ ของประชากรกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงทั้งหมด ๒๐ จังหวัด ๑,๑๔๘,๑๘๙ คน ซึ่งจังหวัดเชียงใหม่ เป็นจังหวัดที่มีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ อาศัยอยู่มากเป็นอันดับ ๑ เท่ากับ ๒๖๙,๑๘๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๔๔ ของจำนวนประชากรกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงทั้งหมด ๒๐ จังหวัด ซึ่งจำนวนประชากร กลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดเชียงใหม่ เรียงลำดับจากมากไปน้อย ๓ ลำดับ ได้แก่ กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ๑๔๖,๖๓๕ คน (ร้อยละ ๕๔.๔๗) ม้ง ๔๖,๓๙๐ คน (ร้อยละ ๑๗.๒๓) และลาหู่ (มูเซอ) ๒๖,๙๖๔ คน (ร้อยละ ๑๐.๐๑) ทั้งนี้อำเภออมก๋อยเป็นอำเภอที่มีจำนวนประชากรกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงมากเป็นอันดับ ๑ ของจังหวัดเชียงใหม่ เท่ากับ ๕๖,๙๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๑๔ ของประชากรกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง

ทั้งหมดของจังหวัดเชียงใหม่ (ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ๒๕๖๑)

ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ที่ผ่านมา จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีมารดาตาย จำนวน ๔ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๔๐ ของมารดาตายทั้งหมดของเขตสุขภาพที่ ๑ โดย ๒ ใน ๔ ราย เป็นมารดากลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ในพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ (ระบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์เชิงรุก กรมอนามัย ๒๕๖๒) จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries-CE เขตสุขภาพที่ ๑ โดยคณะทำงานขับเคลื่อนและบูรณาการภารกิจด้านการพัฒนาสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย (MCH Cluster) เขตสุขภาพที่ ๑ พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง เสียชีวิต จำนวน ๒ ราย เสียชีวิตด้วยสาเหตุตกเลือดหลังคลอด ทั้ง ๒ ราย ซึ่งรายแรก คลอดที่บ้านโดยผดุงครรภ์โบราณเป็นผู้ทำคลอด หลังคลอด ๑ ชั่วโมง หญิงหลังคลอดมีเลือดออกทางช่องคลอดมาก เริ่มมีอาการหน้ามืดตาลาย ใจสั่น หนาวสั่น กระสับกระส่าย ๑ ชั่วโมง ๔๐ นาที หญิงหลังคลอดตาลอย เรียกไม่รู้สีกตัว เสียชีวิตก่อนถึงสถานบริการ สาธารณสุข รายที่ ๒ ตั้งครรภ์ที่ ๔ ทำคลอดเอง ไม่มีผู้ช่วยทำคลอด เด็กคลอดออกมาเสียชีวิต และหลังคลอด มีเลือดออกทางช่องคลอดมาก และเสียชีวิตในเวลาต่อมา คณะทำงานขับเคลื่อนและบูรณาการภารกิจด้านการพัฒนาสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย (MCH Cluster) เขตสุขภาพที่ ๑ ได้วิเคราะห์ทบทวน สาเหตุการตาย ในรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries-CE เขตสุขภาพที่ ๑ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตทั้ง ๒ ราย ไม่มีประวัติผลการคัดกรองความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เนื่องจาก หญิงตั้งครรภ์ไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาล จึงส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจส่งต่อเข้ารับ บริการที่สถานพยาบาลอย่างทันท่วงที โดยสาเหตุหลักเกิดจากไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยง ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้ ในการประเมินความเสี่ยงให้แก่หญิงตั้งครรภ์จะปรากฏในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก(สมุดสีชมพู) ซึ่งจะได้รับเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ไปรับบริการฝากครรภ์ในสถานพยาบาลเท่านั้น โดยมีข้อจำกัดด้านเนื้อหา ที่มีความเป็นวิชาการ ใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ ซึ่งบุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์อาจจะ แปลความหมายไม่ถูกต้อง

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าวและได้ดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา โดยมีการร่วมบูรณาการ การดำเนินงานจากหน่วยงานหลายภาคส่วน ประกอบด้วย คณะทำงาน(MCH Cluster) อำเภออมก๋อย หน่วยงานวิชาการด้านสาธารณสุข สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ และภาคประชาสังคมในพื้นที่ ซึ่งจากการร่วม วิเคราะห์จากผู้ร่วมดำเนินการได้เสนอให้พัฒนาแนวทางที่ให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงการประเมินความเสี่ยงมากขึ้น ในพื้นที่ จึงได้พัฒนาเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงาน สุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย บุคคลทั่วไปสามารถนำไปใช้ประเมินความเสี่ยงให้กับหญิงตั้งครรภ์ในภาวะฉุกเฉินได้ และมีรูปแบบที่เหมาะสม กับบริบทพื้นที่ในถิ่นทุรกันดาร

๒. วัตถุประสงค์การศึกษา

๑. เพื่อพัฒนาเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับ พนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
๒. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์ บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.)

๓. คำถามการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ควรเป็นรูปแบบใด

๔. ขอบเขตการวิจัย

ด้านประชากร พนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานที่อยู่ในพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

ด้านเนื้อหา การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตั้งครรภ์จนถึงคลอด ใช้คู่มือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ด้านสถานที่ในการวิจัย คือ พื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน ๖ ตำบล ประกอบด้วย ตำบลอมก๋อย ตำบลนาเกียน ตำบลยางเปียง ตำบลสบโขง ตำบลแม่ตืน และตำบลม่อนจอง

๕. ระยะเวลา

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔

๖. นิยามศัพท์เฉพาะ

เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง เกณฑ์ที่นักวิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยอ้างอิงจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และทำการออกแบบ สร้างวิธีการใหม่ ใช้รูปภาพประกอบ เนื้อหามีความกะทัดรัดเข้าใจง่าย ใช้ในเฉพาะพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

พนักงานสุขภาพชุมชน หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ถิ่นทุรกันดาร ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสาธารณสุขชุมชน

ครูอาสาสมัคร หมายถึง ผู้ที่อาสาสมัครมาเป็นครูผู้สอน ในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขาแม่ฟ้าหลวง

กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง หมายถึง ชนเผ่ากะเหรี่ยง และชนเผ่าม้ง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้พิจารณากรอบการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเรื่องต่างๆ ดังนี้

๑. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์
๒. เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง
๓. หลักการประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์
๔. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์
๕. ระบบและรูปแบบการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในปัจจุบัน
๖. การมีส่วนร่วมของชุมชน
๗. ทฤษฎีการรับรู้ด้วยภาพ
๘. ทฤษฎีการเข้าใจด้วยภาพ (Cognitive)
๙. ทฤษฎีการเรียนรู้
๑๐. ความหมายของกลุ่มชาติพันธุ์
๑๑. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์

ความหมายของการตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ (Pregnancy) คือ ภาวะที่เกิดจากการปฏิสนธิระหว่างไข่กับอสุจิ แล้วได้ตัวอ่อนเกิดขึ้นมา ในการตั้งครรภ์ปกติ ตัวอ่อนจะไปฝังอยู่ที่เยื่อโพรงมดลูก และตัวอ่อนที่มีเพียงเซลล์เดียวจะแบ่งตัวและพัฒนาเป็นอวัยวะต่างๆ จนเจริญเติบโตเป็นทารก ซึ่งผู้หญิงโดยทั่วไปที่มีประจำเดือนปกติและมาสม่ำเสมอทุกๆ ๒๘ - ๓๐ วัน จะมีอายุครรภ์ประมาณ ๔๐ สัปดาห์ หรือประมาณ ๒๘๐ วัน นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (ฐิตีมา สุนทรสัจ ๒๕๔๖)

ระยะเวลาประมาณ ๔๐ สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์จะมีการเจริญเติบโต พัฒนาการเป็นระยะ โดยอาศัยการทำงานของรก เยื่อหุ้มเด็ก สายสะดือ และน้ำคร่ำ เป็นอวัยวะช่วยตลอดเวลาที่อยู่ในครรภ์มารดา หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัวยุคและสังคมเช่นกัน ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถทนต่อสภาวะเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้ ซึ่งปัญหานั้นสามารถแก้ไขได้ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น และทราบถึงแนวทางการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ จะสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงและสามารถพัฒนาตนเองและครอบครัวให้รับบทบาทใหม่ได้อย่างเหมาะสม (ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ ๒๕๕๓)

ช่วงระยะเวลาของการตั้งครรภ์ และความเสี่ยงในแต่ละช่วง

จากเอกสารทางวิชาการของปริชา วนิชยเศรษฐกุล ได้สรุปการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและความเสี่ยงในแต่ละช่วง ออกมาเป็น ๓ ระยะดังนี้

๑. ระยะที่มีการตั้งครรภ์

มดลูก (Uterus) มีการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาด รูปร่าง น้ำหนัก และความจุ จะทำให้น้ำหนักมดลูกไปกดทับกระดูกสันหลังทับหลอดเลือดแดง Aorta และหลอดเลือดดำ Inferior vena cava ทำให้การไหลคืนของโลหิตลดลง อาจมีผลต่อการไหลเวียนโลหิตของทารกในครรภ์ และอาจทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตลดต่ำลง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกเวียนศีรษะคล้ายจะเป็นลม ดังนั้น จึงควรให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย และไม่ควรรอนหงายราบในระยะใกล้คลอด เพื่อให้โลหิตไหลเวียนดีขึ้น

หัวใจ (heart) และเสียงหัวใจ (heart sound) ตำแหน่งที่ตั้งของหัวใจเปลี่ยนไป เนื่องจากมดลูกเพิ่มขนาดจึงดันกระบังลมให้ยกขึ้น ทำให้หัวใจถูกดันไปด้านซ้ายและสูงกว่าปกติ ตำแหน่งยอดหัวใจ (apex) หัวใจจะมีขนาดเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากการทำงานเพิ่มขึ้น และปริมาณโลหิตที่ไหลออกจากหัวใจ ในระยะตั้งครรภ์จะเพิ่มขึ้นสูง ๓๐ - ๓๕ เปอร์เซ็นต์ โดยเพิ่มสูงสุดขณะอายุครรภ์ ๒๐ - ๒๔ สัปดาห์ และจะคงอยู่ตลอดระยะของการตั้งครรภ์ แล้วจึงลดลงเป็นปกติภายใน ๖ สัปดาห์ ถ้าหญิงตั้งครรภ์เป็นโรคหัวใจด้วย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะที่ปริมาณโลหิตเพิ่มขึ้นสูงสุด การทำงานของหัวใจก็จะเพิ่มอยู่ในระดับสูงด้วยความดันโลหิต (blood pressure) จะลดลงเล็กน้อย ค่าความดัน Systolic จะลดลงประมาณ ๒ - ๓ mmHg และค่าความดัน Diastolic ลดลงประมาณ ๕ - ๑๐ mmHg หลังจากอายุครรภ์ได้ ๒๐ สัปดาห์ ถ้าค่าความดัน Systolic เพิ่มขึ้นมากกว่า ๓๐ mmHg และค่าความดัน Diastolic เพิ่มมากกว่า ๑๕ mmHg ถือว่าเป็นความผิดปกติ

ระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal system) การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร ส่วนมากเกิดจากการบีบและกดทับของมดลูกที่โตขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆในระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะโปรเจสเตอโรน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของระบบนี้มักจะเป็นอาการแสดงที่พบในระยะแรกๆของการตั้งครรภ์ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน และเมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้นจะเกิดอาการไม่สุขสบายต่างๆเพิ่มขึ้น

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (musculoskeletal system) หญิงตั้งครรภ์จะเดินหลังแอ่นมากขึ้นตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากมดลูกโต ทำให้จุดศูนย์ถ่วงของร่างกายเลื่อนมาข้างหน้าเป็นการถ่วงน้ำหนักของมดลูกที่ค่อนข้างหน้าร่างกาย จึงพยายามแอ่นกลับหลังเพื่อรักษาสมดุล ทำให้เกิดอาการปวดหลังซึ่งพบได้บ่อยมากในระหว่างการตั้งครรภ์ ข้อต่อของกระดูกในอุ้งเชิงกราน (sacroiliac, sacrococcygeal) และกระดูกหัวเหน่า (symphysis pubis) จะยืดออกเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของ steroid และ relaxin hormone เป็นผลให้เกิดอาการปวดหลังช่วงล่างและก้นกบ โดยเฉพาะในไตรมาสที่ ๓ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์อาจรู้สึกขาปวดบริเวณแขนขาและอ่อนเพลียจากการที่หลังแอ่นมาก

๒. ระยะที่มีการเจ็บครรภ์คลอด จะมีอาการต่างๆ ดังนี้

อาการเจ็บครรภ์คลอด จะมีลักษณะปวดทั่วท้องทั้งหมด ท้อง/มดลูกแข็งเกร็ง เกิดจากการหดตัวของมดลูก โดยอาการปวดจะบีบและคลายเป็นพักๆ สม่ำเสมออย่างน้อย ๑๐ นาทีต่อครั้ง ในบางรายอาจมีอาการปวดร้าวไปที่เอวร่วมด้วย มีมูกปนเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งแสดงว่ามีการเริ่มเปิดของปากมดลูกพร้อมที่จะคลอดแล้ว การมีน้ำเดินคือการมีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด กลั้นไม่ได้เหมือนปัสสาวะ ทั้งนี้เกิดจากถุงน้ำคร่ำแตก

๓. ระยะหลังคลอด

ในระยะหลังคลอดจะยังคงมีเลือดไหลออกทางช่องคลอดในปริมาณไม่มากซึ่งเรียกว่า น้ำคาวปลา ในช่วงแรกจะมีสีแดงสด จากนั้นจะค่อยๆจางลงเป็นสีน้ำตาลและเปลี่ยนเป็นสีขาว โดยน้ำคาวปลาควรจะหมดภายใน ๒ - ๔ สัปดาห์ ซึ่งถ้ามีน้ำคาวปลาผิดปกติ เช่น เป็นเลือดสดตลอดเวลา หรือมีกลิ่นเหม็นผิดปกติ หรือเมื่อผ่านระยะเวลานี้ไปแล้วยังคงมีน้ำคาวปลาอยู่อาจมีการติดเชื้อในมดลูก หรืออาจมีรกค้างอยู่

ภายหลังคลอดอาจเกิดอาการผิดปกติทางด้านจิตใจได้ เช่น อาการซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากปัญหาความสับสนในบทบาทของมารดาและภรรยา โดยอาการจะค่อยๆกลับเป็นปกติภายใน ๒ - ๓ สัปดาห์ แต่ถ้าอาการเหล่านี้เรื้อรังควรรับพบสูติรีแพทย์

๒. เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง

จากการศึกษาคู่มือการฝากครรภ์(สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก) ของกรมอนามัย สรุปเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ มีดังนี้

๑. ประวัติการฝากครรภ์ในอดีต

- เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด (๑ เดือนแรก)
- เคยแท้ง ๓ ครั้ง ติดต่อกันหรือมากกว่าติดต่อกัน
- เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม
- เคยเข้ารับการรักษาพยาบาลความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ
- เคยผ่าตัดด้วยวิธีในระบบสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก ผ่าตัดคลอด ผูกปากมดลูก

๒. ประวัติปัจจุบัน

- ครรภ์แฝด
- อายุน้อยกว่า ๑๗ ปี (นับถึง EDC)
- อายุมากกว่า ๓๕ ปี (นับถึง EDC)
- Rh Negative
- เลือดออกทางช่องคลอด
- มีก้อนในอุ้งเชิงกราน
- ความดันโลหิต Diastolic ≥ 90 mmHg
- BMI ≤ 18.5 กก./ตรม. หรือ ≥ 30 กก./ตรม.

๓. ประวัติทางอายุรกรรม

- โลหิตจาง
- โรคเบาหวาน
- โรคไต
- โรคหัวใจ
- ติดยาเสพติด ติดสุรา สูบบุหรี่ คนใกล้ชิดสูบบุหรี่
- โรคทางอายุรกรรม อื่นๆ เช่น ไทรอยด์ SLE

๓. หลักการประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์

จากการศึกษาเอกสารวิชาการของปรีชา วาณิชเศรษฐกุล, ๒๕๔๖ และศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล, ๒๕๔๘ สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

๑. การซักประวัติ

- อายุ หญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า ๑๗ ปี มีโอกาสจะคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และคลอดยาก สาเหตุอาจเนื่องจากภาวะทุพโภชนาการ หรือร่างกายโดยเฉพาะกระดูกเชิงกรานยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ หญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า ๓๕ ปี มีความเสี่ยงของการคลอดบุตรที่มีโครโมโซมผิดปกติ
- จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และคลอด พบว่า มารดาที่ตั้งครรภ์และคลอดครั้งที่ ๔ ขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะ Placenta previa สูงขึ้น และมีความเสี่ยงที่จะตกเลือดหลังคลอดสูงขึ้น

- ความสูงสตรีตั้งครรภ์ที่สูงน้อยกว่า ๑๕๐ ซม. ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ Cephalopelvic disproportion
- หญิงตั้งครรภ์ที่น้ำหนักน้อยกว่า ๓๕ กิโลกรัมก่อนตั้งครรภ์ หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่า ๗ กิโลกรัมตลอดการตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยหรือภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth restriction) ภาวะทุพโภชนาการ
- ความผิดปกติทางสูติกรรม ได้แก่ การมีเลือดออกระหว่างการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ภาวะ Preeclampsia และ Eclampsia ครรภ์แฝด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกมีความพิการแต่กำเนิด ทารกตายในครรภ์
- ผลตรวจเลือดผิดปกติ เช่น VDRL ให้ผล Reactive, HBs Ag ให้ผลบวก หรือ Anti-HIV ให้ผลบวก
- สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง ภาวะโลหิตจางก่อนหรือในขณะตั้งครรภ์ จะมีอัตราการตายของมารดา และหรือทารกปริกำเนิดสูงกว่ากลุ่มมารดาที่มีสุขภาพสมบูรณ์
- ภาวะ Isoimmunization ในสตรีที่กลุ่มเลือด Rh negative จำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างใกล้ชิด
- ประวัติความผิดปกติในครรภ์ก่อนๆ ได้แก่ การผ่าตัดคลอดหรือผ่าตัดมดลูก คลอดบุตรก่อนกำหนด ภาวะ Preeclampsia หรือ Eclampsia ทารกตายในครรภ์ มดลูกแตกหรือภาวะมีเลือดออกก่อนคลอด
- หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง การตกเลือดก่อนคลอด การตั้งครรภ์แฝด ทารกมีก้นเป็นส่วนนำ จะมีอัตราการตายของมารดาและทารก

๒. การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ และการตรวจภายใน

๒.๑ การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และการตรวจร่างกายทุกระบบ รวมทั้งการตรวจเต้านม ทั้งนี้ เพื่อประเมินสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ในเบื้องต้น

๒.๒ การตรวจครรภ์ ประกอบด้วย การตรวจครรภ์ทางหน้าท้องเพื่อวินิจฉัยท่าและตำแหน่งของทารก โดยวิธี Leopold's maneuver

๒.๓ การตรวจภายใน เพื่อวินิจฉัยสาเหตุบางอย่างที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่

๒.๓.๑ มีประวัติตกขาว หรือสงสัยว่าจะมีความผิดปกติที่ช่องคลอดหรืออวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เช่น คัน มีกลิ่น แสบขัด มีแผล หรือตรวจปัสสาวะพบมีเม็ดเลือดขาวหรือโปรตีน

๒.๓.๒ มีเลือดออกทางช่องคลอด โดยเฉพาะในไตรมาสที่ ๑ หรือไตรมาสที่ ๒ เพื่อการวินิจฉัยภาวะแท้ง และสาเหตุของการมีเลือดออกที่ไม่ได้มาจากในโพรงมดลูก

๒.๓.๓ การประเมินสภาพช่องเชิงกรานและสภาพของปากมดลูก

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ หากพบความผิดปกติอาจจะต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติม ทั้งนี้ เพื่อการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การตรวจที่จำเป็นในสตรีที่มาฝากครรภ์ ได้แก่

๓.๑ การตรวจ Complete blood cell count (CBC) ประกอบด้วย การหาปริมาณความเข้มข้นของเลือด ประกอบด้วย Hemoglobin Hematocrit การดูลักษณะของเม็ดเลือด การนับจำนวนเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือด เป็นต้น สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ Hemoglobin หรือ Hematocrit ถ้าหากพบว่าสตรีมีภาวะโลหิตจาง คือ Hb < ๑๑ g/dl ในไตรมาสที่ ๑ และ ๓ หรือ Hb < ๑๐.๕ g/dl ในไตรมาสที่ ๒ จำเป็นต้องตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุของภาวะเลือดจาง ทั้งนี้ เพราะภาวะเลือดจาง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น คลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์หรือธาลัสซีเมีย

๓.๒ การตรวจปัสสาวะ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ทั้งนี้ พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะเพิ่มขึ้นมากระหว่างตั้งครรภ์ และตรวจหาโปรตีน และน้ำตาลในปัสสาวะ ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์

๓.๓ การตรวจหาหมู่เลือด โดยเฉพาะ ABO และ Rh blood group มีประโยชน์ในแง่ที่สตรีตั้งครรภ์และแพทย์ผู้ทำการรักษาจะได้เตรียมพร้อมในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์มีหมู่เลือดที่หายาก การมีหมู่เลือด Rh negative และสามีของสตรีตั้งครรภ์มีหมู่เลือด Rh negative อาจทำให้เกิดภาวะ Blood incompatibility ทำให้เกิดภาวะ Hydrops fetalis และทำให้ทารกเสียชีวิตได้

๓.๔ การตรวจโรคซิฟิลิส หรือตรวจ VDRL เป็นการตรวจ Screening test เพื่อหาการติดเชื้อซิฟิลิส ถ้าตรวจได้ผลเป็น Reactive ต้องตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA และถ้าพบว่าติดเชื้อจริงต้องรับการรักษาทันที เพื่อป้องกันการติดเชื้อไปยังทารกในครรภ์ หรือป้องกันไม่ให้ทารกได้รับอันตรายจากเชื้อ

๓.๕ การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดบี เพื่อตรวจว่าสตรีตั้งครรภ์เป็นพาหะของเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่ หากสตรีตั้งครรภ์เป็นพาหะสามารถแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดบี ไปยังทารกในครรภ์ได้ ทำให้ทารกติดเชื้อ หรือเป็นพาหะเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดบีต่อไป

๔. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (perception of pregnancy risk) ตามแนวคิดของ เฮียแมน และกัฟตัน (Heaman & Gupton) อธิบายว่า เป็นความคิด ความรู้สึก และความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ถึงลักษณะและความรุนแรงของผลกระทบจากการตั้งครรภ์ต่อสุขภาพของทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทั้งนี้รูปแบบของการรับรู้ภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากข้อมูลการตรวจคัดกรองทางสุขภาพ มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก ความคิดในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ และเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้ความตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนนั้นยังมีส่วนต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์มาน้อยเพียงใด ดังนั้นการตั้งครรภ์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงสูงในการตั้งครรภ์ เนื่องจาก การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงอาจต้องได้รับการดูแลที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตรวมถึงความต้องการในการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ เกสัชวิทยา และการดูแลที่เหมาะสมตามภาวะเสี่ยงนั้น

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พบว่ามีปัจจัย ดังนี้

๑. การดูแลสุขภาพ (health care) ความมั่นใจ ความต้องการในการรับบริการจากระบบสุขภาพจากการที่หญิงตั้งครรภ์ต้องประสบกับภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์การได้รับการดูแลและคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพที่มีศักยภาพ ความทันสมัยและเป็นที่ยอมรับของเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระบวนการคัดกรองวินิจฉัย การตรวจติดตาม การประเมินสุขภาพ การให้การดูแลและการรักษาตามภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยที่สามารถร่วมทำนายนผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ โดยการดูแลสุขภาพมีผลต่อแนวโน้มของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่ลดลงได้

๒. บริบททางสังคม รวมถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อมุมมองและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลต่อสถานการณ์ต่างๆ ผ่านการบอกเล่าส่งต่อกันมา ซึ่งพบว่าบริบททางสังคม ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อนี้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ รวมถึงความรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตและความพร้อมของตัวเลือกที่มีผลต่อการควบคุมอุดมคติและความเชื่อส่วนบุคคล

- ให้ความสำคัญกับทั้งข้อมูลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การนับลูกดิ้น

จากการศึกษาเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ในคู่มือแนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ ๗ จัดทำโดยกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ หน้าที่ ๓ และหน้าที่ ๔๑ สรุปได้ดังนี้

๑. การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ ใช้ในรูปแบบโปรแกรม Maternal Near Miss และรูปแบบสมุดบันทึกสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โดยอ้างอิงเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงจากเกณฑ์สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ของกรมอนามัย มีการนำเนื้อหาในเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ของกรมอนามัย (ดังแผนภาพที่ ๑)
๒. ใช้สีในการแบ่งเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ตามระดับความรุนแรง (ดังแผนภาพที่ ๒) ได้แก่

สีฟ้า ; Very Low Risk

ANC รพ.สต. โดยพยาบาล เจ้าหน้าที่
มีปัญหา refer โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

สีเขียว ; Low Risk

ANC รพ.สต. โดยแพทย์ พยาบาล
มีปัญหา refer โรงพยาบาลแม่ข่าย

สีเหลือง ; Hight Risk

ANC โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) + รพ.แม่ข่าย โดยสูติแพทย์ แพทย์
มีปัญหา refer โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)/โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)

สีแดง ; Very Hight Risk

ANC โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)/โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)โดยสูติแพทย์ทุกครั้ง

1.3 เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ตารางที่ 1 เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก					
รายการความเสี่ยง	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	มี
ประวัติอดีต					
1. เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด (1 เดือนแรก)					
2. เคยแท้ง ๒-3 ครั้งติดต่อกัน					
3. เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์					
4. เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม					
5. เคยเข้ารับการรักษาความผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ					
6. เคยผ่าตัดอุ้งเชิงกรานในวัยสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก ผ่าตัดคลอด ยาปากมดลูก ฯลฯ					
ประวัติปัจจุบัน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
7. ครรภ์แฝด	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	มี
8. อายุ < 17 ปี (นับถึง EDC)					
9. อายุ > 35 ปี (นับถึง EDC)					
10. Rh Negative					
11. เชื้อคอตีบของคอตีบ					
12. มีก้อนในผู้เชิงกราน					
13. ความดันโลหิต Diastolic ≥ 90 mmHg					
14. BMI < 18.5 กก./ตรม.					
ประวัติทางอายุรกรรม					
15. โรคหัวใจ					
16. โรคเบาหวาน					
17. โรคไต					
18. โรคหัวใจ					
19. ตับอักเสบ ตับแข็ง ตับนิ่ว ตับนิ่ว ตับนิ่ว					
20. โรคอวัยวะอื่นๆ เช่น ไทรอยด์ SLE ฯลฯ (โปรดระบุ)					
21. อื่นๆ โปรดระบุ					
ผู้ประเมิน					
วันที่					

ทำเครื่องหมาย ✓ เมื่อพบความเสี่ยง × กรณีไม่พบความเสี่ยง ถ้าพบค่าผิดปกติ ✓ ในข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่าผู้ตั้งครรภ์รายนี้เป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงต้องส่งเพื่อได้รับการดูแลและ/หรือประเมินเพิ่มเติมโดยสูติแพทย์

3.4 เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ (Health Area 7 Model Classifying Pregnancy)



รูปที่ 32 เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ (Health Area 7 Model Classifying Pregnancy)

แผนภาพที่ ๒ เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง
หญิงตั้งครรภ์ ของศูนย์อนามัยที่ ๗

แผนภาพที่ ๓ การแบ่งระดับความเสี่ยง

๖. การมีส่วนร่วมของชุมชน

ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดำเนินการใดๆ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์นั้นได้นำไปสู่การแลกเปลี่ยนและสร้างความเข้าใจร่วมกันของผู้เกี่ยวข้อง ทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ของบุคคลในสถานการณ์กลุ่ม (Group Situation) ผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นการกระตุ้นให้มีการกระทำการใดๆ จนบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ด้วยความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันกับกลุ่ม การมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใด กิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลต่อความต้องการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคมของกลุ่มคน การจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง จำเป็นต้องคำนึงถึงวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี และทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากกระบวนการพัฒนาอย่างเสรีตามหลักการของความเป็นประชาธิปไตย ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกคน กระบวนการมีส่วนร่วมจึงแสดงถึงความตระหนัก ความต้องการ และคุณค่าของประชาชนที่เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินการ และการตัดสินใจของภาครัฐ ภายใต้การมีเป้าหมายเดียวกัน โดยใช้กระบวนการสื่อสารแบบสองทาง เพื่อให้มีการตัดสินใจที่เหมาะสม และได้รับการสนับสนุนจากประชาชน

รูปแบบของกระบวนการมีส่วนร่วม

รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการใดๆ มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับการมีส่วนร่วมตามที่ได้กล่าวมาแล้ว สำหรับรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมได้ดังนี้

๑. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นขั้นเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมการพัฒนาสุขภาวะชุมชน

๑.๑ การเข้าร่วมพัฒนาสุขภาวะ การมีส่วนร่วมในขั้นนี้ ใช้การสื่อสารสองทางระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนกับผู้ดำเนินการพัฒนา เป้าหมายของการมีส่วนร่วมในขั้นนี้ เพื่อสร้างความเข้าใจของชุมชนต่อกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาวะ ข้อมูลที่จำเป็นในการสื่อสารอย่างชัดเจนในขั้นนี้ คือ การชี้แจงบทบาทในการสนับสนุน การพัฒนาของหน่วยงานที่จะเข้ามาพัฒนาบทบาทของชุมชน รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อกระบวนการพัฒนา และการกระจายประโยชน์ที่ได้จากการพัฒนา วิธีการของการสื่อสารในขั้นนี้ ควรใช้การประชุมกลุ่ม การอภิปรายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด

๑.๒ การบ่งชี้สถานะทางสุขภาพชุมชน การมีส่วนร่วมในขั้นนี้ ชุมชนจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากกระบวนการสำรวจของหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพในการพัฒนา การมีส่วนร่วมที่สำคัญต่อไป คือ การเปิดโอกาสให้ชุมชน โดยหมายถึง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด รับทราบข้อมูล และบรรณาธิการข้อมูลจากการสำรวจ เพื่อเป็นข้อมูลที่จำเป็นให้ชุมชนดำเนินการบ่งชี้สถานะสุขภาพของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ชุมชนมีความตระหนัก และความต้องการจากจิตใจ อารมณ์ ในการพัฒนา

๑.๓ การวิเคราะห์ทางเลือกในการพัฒนา ในขั้นตอนนี้ ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการวิเคราะห์บริบทที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับค่านิยม ประเพณี ทัศนคติ วิถีชีวิตทางสังคมของกลุ่มคน เพื่อนำไปพิจารณาแนวทางและวางแผนกิจกรรมให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมของประชาชน

๑.๔ การกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากร การพัฒนาสุขภาวะทั้งภายในและภายนอกชุมชน ซึ่งชุมชนควรพิจารณาแหล่งทรัพยากรที่มีความเข้มแข็งจากภายในชุมชน ในประเด็นที่ชุมชนมีศักยภาพร่วมกับแหล่งทรัพยากรภายนอก ในประเด็นที่ชุมชนต้องการความช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมขั้นนี้ยังรวมถึงการกำหนดผู้รับผิดชอบของประชาชนในการดำเนินกิจกรรม การกำกับติดตามประเมินผล ร่วมกับองค์กรเจ้าภาพ

ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คือ กระบวนการที่ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เข้าร่วมการพัฒนา การบ่งชี้สถานะทางสุขภาพชุมชน การวิเคราะห์ทางเลือกในการพัฒนา และการกำหนด ทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรในการพัฒนาสุขภาพชุมชน

การมีส่วนร่วมดังกล่าวสอดคล้องกับการเข้ามามีส่วนร่วมที่สำคัญ โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง คือ การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนโดยสรุป มี ๕ ขั้นตอน คือ

- (๑) การวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหาของชุมชน
- (๒) การวางแผนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต
- (๓) การกำหนดกิจกรรม
- (๔) การดำเนินกิจกรรม
- (๕) การประเมินผลกิจกรรม

๒. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาสุขภาพ หมายถึง ขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการดำเนิน กิจกรรมการพัฒนาสุขภาพชุมชนตามที่กำหนดไว้ ลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชน มีดังนี้

๒.๑ การดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพด้วยชุมชนเอง เป็นกิจกรรมที่ประชาชนในชุมชน มีศักยภาพ และแหล่งทรัพยากรที่เหมาะสมและเพียงพอในการดำเนินการ ซึ่งมักจะพบสถานการณ์นี้ในชุมชนต้นแบบ การพัฒนาสุขภาพ ชุมชนที่มีปราชญ์ชาวบ้านทางสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน รวมถึงการมีแกนนำทางสุขภาพ ที่เข้มแข็ง อาจจะเป็นลักษณะของชมรมต่างๆ เช่น ชมรมการออกกำลังกาย ชมรมคนรักสุขภาพ ชมรมนักปั่น การจัดตั้งกองทุนชุมชนในรูปแบบต่างๆ เป็นต้น

๒.๒ การดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพด้วยชุมชน ร่วมกับองค์กรอื่นทั้งภายในและภายนอกชุมชน เป็นการดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยความตระหนักของชุมชน แต่ด้วยชุมชนไม่มีศักยภาพ เพียงพอในการดำเนินการ แต่มีทรัพยากรบุคคลที่สามารถพัฒนาศักยภาพในการแก้ปัญหา เพื่อช่วยเหลือ สมาชิกในชุมชน การดำเนินการในลักษณะนี้เป็นการพัฒนาให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ มีศักยภาพเพียงพอในการ แก้ปัญหาให้กับประชาชนในชุมชน

๒.๓ การดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพชุมชนโดยองค์กรภายนอก เป็นการพัฒนาสุขภาพที่ชุมชน มีความตระหนัก และต้องการแก้ปัญหา แต่ชุมชนไม่มีทรัพยากรที่เหมาะสมในการพัฒนา โดยเฉพาะทรัพยากร บุคคล จึงจำเป็นต้องขอความร่วมมือจากองค์กรภายนอกที่มีความพร้อม การพัฒนาศักยภาพในลักษณะนี้ มักออกมาในรูปแบบการเพิ่มสมรรถนะของประชาชน ในการแก้ปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน คือ กระบวนการพิจารณาเชิงระบบของชุมชน ในการนำ ทรัพยากรทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการพึ่งตนเองทางสุขภาพ

๓. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ เป็นการรับผลของการพัฒนาสุขภาพะทั้งทางตรง และทางอ้อม ที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนา อันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและคงอยู่ในชุมชน ซึ่งโดยทั่วไป ประโยชน์ที่ได้รับจะครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

๓.๑ คุณค่าของกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ (Valued Activities) เป็นผลด้านบวกที่เกิดขึ้นโดยตรงกับ ผู้รับผลของการดำเนินกิจกรรมโดยตรง

๓.๒ การเรียนรู้ของผู้ได้รับการพัฒนาศักยภาพ (Learning of Potential Developers) เป็นผล ด้านความรู้ และทักษะเฉพาะที่ได้รับในกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นผู้ปฏิบัติการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ

๓.๓ การเรียนรู้การมีส่วนร่วม (Learning about Participation) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกับผู้อื่น โดยมีเป้าหมายร่วมกัน

ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ คือ กระบวนการที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ทางด้านต่างๆ ได้แก่ ผลประโยชน์ทางด้านความรู้ ความสามารถในการแก้ปัญหา ด้านสุขภาพ ผลประโยชน์ส่วนบุคคล และผลประโยชน์ทางด้านสังคม

๔. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล หมายถึง ขั้นตอนการติดตามและการประเมินผลการพัฒนาสุขภาพที่ได้ดำเนินการไป ทั้งจากบุคคลภายในและภายนอกชุมชน ดังนี้

๔.๑ การกำกับติดตามการพัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพกลุ่มเป้าหมายในชุมชน อาจจะใช้กรณีศึกษา การติดตามผลการปฏิบัติงาน หรือการเข้าร่วมการทำงานเป็นทีม

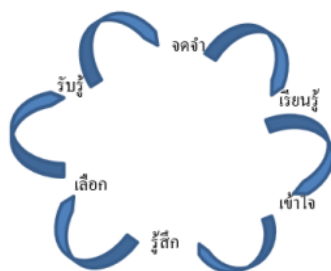
๔.๒ ติดตามผลการดำเนินงานของกิจกรรม ที่เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการประเมินผล คือ กระบวนการที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผลศักยภาพในการพัฒนาสุขภาพ และการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด เป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมและกิจกรรมการพัฒนาต่อไป

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ สามารถแบ่งได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การเข้าใจความหมายของการมีส่วนร่วม ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสามารถนำไปเป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพชุมชนได้ สำหรับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพโดยใช้กลไกของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นั้น เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมที่แท้จริง (True Participation) ระดับการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การร่วมในการวางแผน ร่วมดำเนินกิจกรรม ร่วมใช้ประโยชน์ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล ส่วนรูปแบบการมีส่วนร่วมจะครอบคลุมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมดำเนินการพัฒนาสุขภาพ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล ผลของกระบวนการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ จะเกิดคุณค่าทั้งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับการพัฒนาสุขภาพโดยตรง และทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ทั้งในระดับบุคคล และชุมชน อันนับได้ว่าเป็นผลจากการกระจายประโยชน์ต่อชุมชน ซึ่งทำให้ชุมชนมีศักยภาพในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและพึ่งพาตนเองได้ในที่สุด ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานด้านสุขภาพในการเอื้ออำนวยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอย่างแท้จริง จึงจะเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างยั่งยืน (รศ.ดร.นิตยา รัชตะวรรณ และคณะ (๒๕๖๑))

๗. ทฤษฎีการรับรู้ด้วยภาพ

การรับรู้ภาพ (Perception Theory of Visual Communication) อัลดัส เลโอนาร์ด ฮักชลีย์ กล่าวว่า วิธีเรียนรู้ของมนุษย์จะเกิดขึ้นได้ถ้าได้เห็นสิ่งต่างๆ ถ้ายิ่งเห็นมากเท่าไรก็ยิ่งทำให้แตกฉานมากขึ้นเท่านั้น ดังเช่นกระบวนการเรียนรู้ของสัญลักษณ์ของ อัลดัส เลโอนาร์ด ฮักชลีย์ ดังรูปภาพ



แผนภาพที่ ๔ กระบวนการเรียนรู้ของสัญลักษณ์ของอัลดัส เลโอนาร์ด ฮักชลีย์

การรับรู้ด้วยภาพ แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท ได้แก่ ทฤษฎีการศึกษาภาพสัญลักษณ์ (Semiotics) และทฤษฎีการเข้าใจภาพ (Cognitive)

ทฤษฎีการศึกษาภาพเชิงสัญลักษณ์ (Semiotics) ทฤษฎีการใช้ภาพเชิงสัญลักษณ์ (Semiotics) หมายถึง การศึกษาทฤษฎีการใช้ภาพเชิงสัญลักษณ์ คำว่า Sign หรือแปลว่า สัญลักษณ์เป็นภาพต่างๆ ซึ่งถูกสร้าง เพื่อเป็นตัวแทนของสิ่งต่างๆ หรือกิจกรรม เพื่อสื่อความหมายให้คนส่วนใหญ่เข้าใจตรงกัน ทั้งนี้ ภาพเชิงสัญลักษณ์ถูกจำแนกออกเป็นกลุ่มย่อยๆ คือ ภาพสัญลักษณ์ไอคอน (Icon) ภาพสัญลักษณ์ชี้แนะ (Indexical) และภาพตัวแทน (Symbols) จากทั้งสามชนิดนี้สัญลักษณ์ภาพที่ทำให้เกิดความเหมือนจริงมากที่สุด คือ รูปแบบภาพสัญลักษณ์ไอคอน รองลงมาเป็นภาพชี้แนะ ที่ดูยากที่สุดเป็นภาพสัญลักษณ์ตัวแทน ซึ่งมีความเป็นนามธรรมสูง ดังรูปภาพ



แผนภาพที่ ๕ ระดับความเป็นนามธรรมของภาพ

ความสัมพันธ์ภาพสัญลักษณ์ (Semiotics) ในการศึกษาเรื่องภาพสัญลักษณ์นั้น พบว่า มิงงานวิจัยที่เกี่ยวกับปรัชญาการสื่อสาร กล่าวถึงโครงสร้างของภาพสัญลักษณ์ ซึ่งนักปราชญ์ชื่อ ชาร์ลดับเบิลยูมอร์ลิส (Chales W. Morris) ได้กล่าวว่า การศึกษาทฤษฎีของภาพสัญลักษณ์ก็เปรียบเช่น การศึกษาด้านวิทยาศาสตร์ เนื่องจากในวิทยาศาสตร์นั้นปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดล้วนมีความสัมพันธ์กัน เช่น ภาพ ความหมายของภาพ โดยแบ่งรายละเอียดที่ประกอบกันเป็น ๓ ส่วน

๑) ศึกษาความสัมพันธ์ภาพสัญลักษณ์และความหมายของภาพ (Semantic) และการตีความของกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง การรับรู้จากสภาพที่ต่างกันโดยมีปัจจัยมาจากอายุ ประสบการณ์การศึกษา สิ่งแวดล้อม ความบกพร่องของร่างกาย ดังนั้น การออกแบบจึงต้องวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายก่อนเป็นอันดับแรก

๒) ศึกษาความสัมพันธ์ภาพสัญลักษณ์และโครงสร้าง (Syntactics) หมายถึง การศึกษาภาพสัมพันธ์กับการมองเห็นโดยกำหนดจากขนาดการจัดวางลำดับการอ่าน โดยมีขอบเขตของพื้นที่เป็นตัวกำหนด

๓) ศึกษาความสัมพันธ์ภาพสัญลักษณ์และประโยชน์ใช้สอย (Pragmatic) หมายถึง การศึกษารายละเอียดก่อนการตัดทอนหรือออกแบบภาพ เพื่อความชัดเจนในการสร้างภาพประกอบ เมื่อนำไปใช้กับสถานที่ใดที่หนึ่ง ต้องมีความเข้าใจรับรู้ความหมายของภาพได้ตรงกัน

ประเภทของภาพสัญลักษณ์ ประเภทของภาพสัญลักษณ์แบ่งออกเป็น ๓ ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่

๑) ภาพสัญลักษณ์ไอคอน หรือ สัญลักษณ์ (icon) คือ รูป รูปเหมือน หรือสิ่งที่สร้างแทน ที่ทำขึ้นเพื่อใช้เป็นสัญลักษณ์แทนสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจเป็นคนสัตว์สิ่งของ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ใช้เทคนิคตัดทอน มักพบในระบบเมนูเคชั่น หรือไอคอนบนหน้าจอเมื่อถือ หน้าจอคอมพิวเตอร์ เว็บไซต์และหน้าจอแอปพลิเคชัน จะรับรู้ปุ่มแต่ละปุ่มได้ง่าย

๒) ภาพสัญลักษณ์ชี้แนะ เป็นการนำสัญลักษณ์ของลูกศร สี หรือตัวอักษรสั้นๆ ภาพที่สะท้อนถึงบริเวณใดบริเวณหนึ่ง อาจเป็นภาพแสดงความร้อน ขึ้น หรือวัฒนธรรม หรือพื้นที่ โดยภาพที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดการเชื่อมโยงการรับรู้ มักพบในการลำดับขั้นตอน ทฤษฎี และวิธีการดำเนินงาน การเปรียบเทียบ เป็นต้น

๓) ภาพสัญลักษณ์ตัวแทน เป็นภาพเชิงอุปมาอุปมัยใช้สื่อความหมายที่สะท้อนแนวคิด มีความหมายในตนเอง ซึ่งต้องตีความและแฝงนัยยะ ส่วนมากการออกแบบภาพในลักษณะนี้จะใช้กับการออกแบบโลโก้ ด้วยเทคนิคการตัดทอนและระบบกริด เพื่อสร้างภาพให้มีความสวยงาม ซึ่งเป็นจุดสำคัญของสินค้าและองค์กร สะท้อนภาพลักษณ์ และบริการหรือความหมาย อันเป็นจุดขาย

สรุป การออกแบบโดยใช้สัญลักษณ์ของภาพ ต้องตีความการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ว่าเขาเหล่านั้นสามารถเข้าใจภาพลักษณะใดได้มากหรือน้อยเพียงใด จึงเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้รับ หรือกลุ่มเป้าหมาย ตัดทอนมากหรือน้อย อายุมากหรือน้อย ประสบการณ์มากหรือน้อย ครอบคลุม ความหมายเท่าไร

๘. ทฤษฎีการเข้าใจด้วยภาพ (Cognitive)

นอกจากการรับรู้ด้วยการสัมผัสภาพแล้วเราต้องเข้าใจ ทฤษฎีการเข้าใจด้วยภาพ (Cognitive) ซึ่งตามทฤษฎีของนักทฤษฎีโคเลลิทเธอร์บูลเมอร์ การรับรู้และการตีความนั้น อาศัยองค์ประกอบทั้ง ๙ ประการ ที่ควรคำนึง

๑. ความทรงจำ หมายถึง ความสามารถเข้าใจ ระลึกได้จากสิ่งแวดล้อม และจากประสบการณ์ในอดีตของตนที่ต่อยอดความรู้ เช่น รู้ว่าภาพหวัะโกลกไขว้เป็นสัญลักษณ์ของอันตราย สีให้มีความมืดมิด มักแสดงออกในทางน่ากลัวหรือลึกลับ เหล่านี้รู้ได้อย่างไร นั่นก็มาจาก ประสบการณ์ในอดีตจากการศึกษา พบเจอ เป็นต้น

๒. ความสามารถในการมองเห็น หมายถึง ระบบการรับทางจักษุตาสามารถรับรู้ ได้ชัดเจน และเข้าใจ ความหมายของภาพทั้งหมด บางคนมีประสบการณ์มากอาจมองในมุมของช่างภาพวิเคราะห์ความรู้สึกจากบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ

๓. ความคาดหวัง หมายถึง มนุษย์เราคาดหวังในภาพที่ตนอยากจะเห็นหรือสนใจเท่านั้น ถ้าไม่อยู่ในความสนใจแล้วจะมีปฏิกิริยาทางลบ

๔. การคัดสรร หมายถึง เรามองเห็นภาพได้ดีเพราะภาพนั้นมีลักษณะเด่น อาจจะด้วยภาพที่สื่อ และการใช้สี

๕. พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ ความชอบ สนใจแตกต่างกัน มีบุคลิกภาพ อายุ เพศ วัย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

๖. สิ่งเร้า หมายถึง สิ่งที่น่าสนใจดึงดูดความสนใจของกลุ่มเป้าหมายได้ดี เกิดความประทับใจ จดจ่ออยู่กับสิ่งเร้านั้นได้ยาวนาน

๗. การกำหนดจุดสนใจ หมายถึง การกำหนดจุดสนใจบนภาพหรือหน้าจอ โดยใช้องค์ประกอบศิลป์ และหลักการออกแบบเพื่อสร้างสรรค์

๘. วัฒนธรรม หมายถึง วิถีชีวิตของชุมชน ท้องถิ่นหนึ่งๆ มีผลต่อสังคมความเชื่อ จากการออกแบบ ต้องรู้จักสีและภาพ หรือสัญลักษณ์ที่แสดงความเป็นมงคลและอัปมงคลให้ดี

๙. คำ หมายถึง กลุ่มคำ มีสระ พยัญชนะ และความหมาย การออกเสียง การพ้องเสียงหรือพ้องคำ และความหมาย อาจใช้เป็นลูกเล่นในการสร้างงานได้ หรือคำบางคำ ตัวอักษรบางตัว ไม่นิยมนำมาใช้ อวยพร เป็นต้น เช่น ตัวเลขในความเชื่อของคนจีน ๑๖๘ คือ ความเป็นมงคล และโชคดีแต่เลข ๕๙ ความเป็นความไม่ดี หรือชนคนไทยนิยมปลูกเพราะช่วยสนับสนุน เป็นต้น

๙. ทฤษฎีการเรียนรู้

Bloom ได้กล่าวว่า การเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และพฤติกรรมใหม่นี้เป็นผลมาจากประสบการณ์ หรือการฝึกฝน มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติ หรือสัญชาตญาณ วุฒิภาวะ หรือความบังเอิญ พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจะต้องเปลี่ยนไปอย่างค่อนข้างถาวร จึงจะถือว่าเป็นการเรียนรู้ขึ้น หากเป็นการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวก็ยังไม่ถือว่าเป็นการเรียนรู้ หากบุคคลเกิดการเรียนรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

๑. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ความเข้าใจ และความคิด (Cognitive Domain) หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ ก็จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจสิ่งแวดลอมต่างๆ ได้มากขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมอง

๒. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ความรู้สึก ทศนคติค่านิยม (Affective Domain) หมายถึง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ก็ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกทางด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ

๓. ความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Psychomotor Domain) หมายถึง การที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และเกิดความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความสนใจด้วยแล้ว ได้นำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติจึงทำให้เกิดทักษะและความชำนาญมากขึ้น เช่น การใช้มือ การใช้ร่างกาย เป็นต้น

ทฤษฎีการเรียนรู้ ได้จำแนกจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ออกเป็น ๓ ด้าน คือ

๑.ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านสมองเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับสติปัญญา ความรู้ ความคิด ความเฉลียวฉลาด ความสามารถในการคิดเรื่องราวต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นความสามารถทางสติปัญญา พฤติกรรมทางพุทธิพิสัย ๖ ระดับ ได้แก่

๑.๑ ความรู้ความจำ ความสามารถในการเก็บรักษามวลประสบการณ์ต่างๆ จากการที่ได้รับรู้ไว้ และระลึกสิ่งนั้นได้เมื่อต้องการ เปรียบดังเทปบันทึกเสียงหรือวิธีที่คนสามารถเก็บเสียงและภาพของเรื่องราวต่างๆได้ สามารถเปิดฟังหรือดูภาพเหล่านั้นได้เมื่อต้องการ

๑.๒ ความเข้าใจเป็นความสามารถในการจับใจความสำคัญของสื่อ และสามารถแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ คาดคะเน ขยายความ หรือการกระทำอื่น ๆ

๑.๓ การนำความรู้ไปใช้ เป็นขั้นที่ผู้เรียนสามารถนำความรู้ ประสบการณ์ไปใช้ในการแก้ปัญหา ในสถานการณ์ต่างๆได้ ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ จึงจะสามารถนำไปใช้ได้

๑.๔ การวิเคราะห์ ผู้เรียนสามารถคิด หรือแยกแยะเรื่องราวสิ่งต่างๆ ออกเป็นส่วนย่อย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญได้ และมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนที่เกี่ยวข้องกัน ความสามารถในการวิเคราะห์ จะแตกต่างกันไปแล้วแต่ความคิดของแต่ละคน

๑.๕ การสังเคราะห์ ความสามารถในการที่ผสมผสานส่วนย่อยๆ เข้าเป็นเรื่องราวเดียวกัน อย่างมีระบบ เพื่อให้เกิดสิ่งใหม่ที่สมบูรณ์และดีกว่าเดิม อาจเป็นการถ่ายทอดความคิดออกมาให้ผู้อื่นเข้าใจ ได้ง่าย การกำหนดวางแผนวิธีการดำเนินงานขึ้นใหม่ หรืออาจจะเกิดความคิดในอันที่จะสร้างความสัมพันธ์ของสิ่งที่เป็นนามธรรมขึ้นมาในรูปแบบ หรือ แนวคิดใหม่

๑.๖ การประเมินค่า เป็นความสามารถในการตัดสิน ตีราคา หรือสรุปเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งต่างๆ ออกมาในรูปของคุณธรรมอย่างมีกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นไปตามเนื้อหาสาระ ในเรื่องนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎเกณฑ์ที่สังคมยอมรับก็ได้

๒. ด้านจิตพิสัย (Affective Domain) ค่านิยม ความรู้สึก ความซาบซึ้ง ทศนคติ ความเชื่อ ความสนใจและคุณธรรม พฤติกรรมด้านนี้อาจไม่เกิดขึ้นทันที ดังนั้น การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน โดยจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และสอดแทรกสิ่งที่ดึงดูดอยู่ตลอดเวลา จะทำให้พฤติกรรมของผู้เรียน เปลี่ยนไปในแนวทางที่พึงประสงค์ได้จะประกอบด้วย พฤติกรรมย่อยๆ ๕ ระดับ ได้แก่

๒.๑. การรับรู้ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อปรากฏการณ์ หรือสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งเป็นไปในลักษณะของการแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นว่าคืออะไร แล้วจะแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกที่เกิดขึ้น

๒.๒. การตอบสนอง เป็นการกระทำที่แสดงออกมาในรูปของความเต็มใจ ยินยอม และพอใจ ต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งเป็นการตอบสนองที่เกิดจากการเลือกสรรแล้ว

๒.๓. การเกิดค่านิยม การเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นที่ยอมรับกันในสังคม การยอมรับนับถือในคุณค่า นั้นๆ หรือปฏิบัติตามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนกลายเป็นความเชื่อ แล้วจึงเกิดทัศนคติที่ดีในสิ่งนั้น

๒.๔. การจัดระบบ การสร้างแนวคิด จัดระบบของค่านิยมที่เกิดขึ้น โดยอาศัยความสัมพันธ์ ถ้าเข้ากันได้ก็จะยึดถือต่อไป แต่ถ้าขัดกันอาจไม่ยอมรับ อาจจะยอมรับค่านิยมใหม่โดยยกเลิกค่านิยมเก่า

๒.๕. บุคลิกภาพ การนำค่านิยมที่ยึดถือมาแสดงพฤติกรรมที่เป็นนิสัยประจำตัว ให้ประพฤติปฏิบัติ แต่สิ่งที่ถูกต้องดึงดูดพฤติกรรมด้านนี้ จะเกี่ยวกับความรู้สึกและจิตใจ ซึ่งจะเริ่มจากการได้รับรู้จากสิ่งแวดล้อม แล้วจึงเกิดปฏิกิริยาโต้ตอบ ขยายกลายเป็นความรู้สึกด้านต่างๆ จนกลายเป็นค่านิยม และยังพัฒนาต่อไป เป็นความคิด อุดมคติ ซึ่งจะเป็นควบคุมทิศทางพฤติกรรมของคน คนจะรู้ดีรู้ชั่วอย่างไรนั้น ก็เป็นผลของ พฤติกรรมด้านนี้

๓. ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) พฤติกรรมที่บ่งถึงความสามารถในการปฏิบัติงาน ได้อย่างคล่องแคล่วชำนาญ ซึ่งแสดงออกมาได้โดยตรงโดยมีเวลาและคุณภาพของงานเป็นตัวชี้ระดับของทักษะ พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย ประกอบด้วย พฤติกรรมย่อยๆ ๕ ชั้น ดังนี้

๓.๑. การเลียนแบบ เป็นการให้ผู้เรียนได้รับรู้หลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง หรือเป็นการเลือกหาตัวแบบ ที่สนใจ

๓.๒. กระทำตามสั่ง หรือเครื่องชี้แนะ เป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนพยายามฝึกตามแบบที่ตนสนใจ และพยายามทำซ้ำ เพื่อที่จะให้เกิดทักษะตามแบบที่ตนสนใจให้ได้ หรือสามารถปฏิบัติงานได้ตามข้อแนะนำ

๓.๓. การหาความถูกต้อง พฤติกรรมสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องชี้แนะ เมื่อได้กระทำซ้ำแล้ว ก็พยายามหาความถูกต้องในการปฏิบัติ

๓.๔. การกระทำอย่างต่อเนื่องหลังจากตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เป็นของตนเองจะกระทำตามรูปแบบ นั้นอย่างต่อเนื่อง จนปฏิบัติงานที่ยุ่งยากซับซ้อนได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง คล่องแคล่ว การที่ผู้เรียนเกิดทักษะได้ ต้องอาศัยการฝึกฝนและกระทำอย่างสม่ำเสมอ

๓.๕. การกระทำได้อย่างเป็นธรรมชาติ พฤติกรรมที่ได้จากการฝึกอย่างต่อเนื่องจนสามารถปฏิบัติ ได้คล่องแคล่วว่องไวโดยอัตโนมัติ เป็นไปอย่างธรรมชาติซึ่งถือเป็นความสามารถของการปฏิบัติในระดับสูง The Revised Bloom's Taxonomy สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

มิติด้านความรู้

๑. ความรู้ที่เป็นข้อเท็จจริง (Factual Knowledge) หมายถึง ข้อความรู้ที่เป็นข้อความ จริงเฉพาะ เรื่อง แบ่งย่อยลงไปอีกเป็นดังนี้

๑.๑ ความรู้เกี่ยวกับคำศัพท์เฉพาะ

๑.๒ ความรู้เกี่ยวกับรายละเอียดจำเพาะและองค์ประกอบส่วนต่างๆ

๒. ความรู้ที่เป็นมโนทัศน์ (Conceptual Knowledge) ได้แก่ ความรู้ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบพื้นฐานซึ่งเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรหรือเครื่องมือภายในโครงสร้างใหญ่ สามารถจัดแยกหมวดหมู่สิ่งของต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็นประเภท ดังนี้

๒.๑ ความรู้ในการแบ่งแยกจัดกลุ่มจัดประเภท

๒.๒ ความรู้ในหลักการร่วมและสรุปอ้างอิง

๒.๓ ความรู้ในด้านทฤษฎี แบบจำลอง และโครงสร้าง

๓. ความรู้ที่เป็นกระบวนการขั้นตอนหรือวิธีการ (Procedural Knowledge) ความรู้เกี่ยวกับวิธีดำเนินการทำงานแต่ละเรื่องว่าจะทำอย่างไรเป็นส่วนของความรู้เกี่ยวกับกระบวนการ วิธีการหรือขั้นตอนของการกระทำกิจกรรมต่างๆ สามารถแบ่งออกได้เป็น ๓ ส่วนย่อยดังนี้

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคดำเนินการ หรือโครงแบบขั้นตอนในการดำเนินการเรื่องใดๆ

๓.๒ ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการดำเนินการใดๆ เฉพาะเรื่องหนึ่งๆ

๓.๓ ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์การดำเนินกิจกรรมใดๆ เฉพาะเรื่อง

๔. ความรู้พุทธิปัญญาเชิงอภิमान (Meta - Cognitive Knowledge) คือ ความรู้ในส่วนของการรู้วิธีคิดของตนเอง ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวกับวิธีคิดของสมอง และการที่ผู้เรียนควรจะล่วงรู้ ตระหนักถึงวิธีคิดของสมองของตนเอง ความตระหนักเกี่ยวกับระดับภูมิปัญญาของตนเองว่า ตนเองรู้อะไร ไม่รู้อะไร โดยแบ่งออกได้เป็น ๓ ส่วนย่อยดังนี้

๔.๑ ความรู้เชิงกลยุทธ์ (Strategic Knowledge) เช่น ความรู้ในการหาวิธีการ เพื่อช่วยการจำความรู้ต่างๆ (เช่น การนำคำมาแต่งประโยคร้อยเรียงเพื่อจำคำที่ใช้สระโอใน ภาษาไทย) ทำแผนผังสรุปบทเรียน เป็นต้น

๔.๒ ความรู้เกี่ยวกับงานเชิงพุทธิปัญญา เป็นความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมด้านพุทธิ ปัญญา รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับบริบทและเงื่อนไขที่เหมาะสม รู้ว่างานใดต้องใช้ความรู้ทางพุทธิปัญญาด้านใด

๔.๓ การรู้ตนหรือการตระหนักในระดับความรู้ของตนเองโดยการเรียนรู้ว่า ความสามารถของตนเองจะแก้ปัญหาจะทำการสิ่งใดได้ มีจุดเด่นจุดด้อยด้านใด

มิติด้านกระบวนการทางปัญญา

๑. ขั้นการจำ ได้แก่ การเรียกข้อมูลกลับคืนมา การจำได้ถึงความรู้ และการสามารถนำเอาความรู้ที่จำได้นั้นออกมาใช้ได้ด้วยตนเอง โดยในขั้นนี้เป็นขั้นความจำ ที่ผู้เรียนสามารถจำความรู้ เก็บความรู้ และสามารถนำเอาความรู้ที่ได้จำไว้น่ากลับมาใช้ใหม่ได้ในระยะเวลาที่ยาวนานและมีความสัมพันธ์กับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประเด็น หัวข้อ เรื่องที่ต้องใช้ความรู้จากการจำนั้นมาใช้ให้เป็นประโยชน์

๒. ขั้นการเข้าใจ ได้แก่ การสร้างความรู้ด้วยตนเองผ่านการพูด การเขียน การใช้ภาพ สัญลักษณ์ ด้วยการตีความ การทดสอบ การจัดหมวดหมู่ การสรุป การสรุปอ้างอิง การเปรียบเทียบ และการอธิบาย

๓. ขั้นการนำเอาความรู้ไปประยุกต์ใช้ ได้แก่ การนำเอาความรู้เดิมไปใช้ผ่านกระบวนการคิด ทั้งด้วยเมื่อประสบกับปัญหา สามารถนำเอาความรู้เดิมไปใช้ในการบริหารจัดการในสถานการณ์ใหม่หรือเอาความรู้เดิมนั้นไปปรับใช้ในสถานการณ์ใหม่ให้เกิดผล

๔. ขั้นการวิเคราะห์ ประกอบด้วย การแยกย่อยสิ่งที่ต้องศึกษาออกเป็นส่วนๆ และทำการศึกษาถึงองค์ประกอบของส่วนย่อยๆ และทำการศึกษา ตัดสินใจว่าในแต่ละส่วนนั้นมี ความสัมพันธ์กันอย่างไรในรูปแบบใด ตลอดจนศึกษาในแง่ภาพรวมของโครงสร้างของสิ่งที่ศึกษา หรือการศึกษาเพื่อการวิเคราะห์ถึงความเหมือนและความแตกต่าง การศึกษาถึงรูปแบบของการจัดโครงสร้าง รูปแบบการบริหาร รูปแบบการดำเนินการ และวิเคราะห์ถึงคุณลักษณะ คุณสมบัติของสิ่งที่ศึกษา

๕. ขั้นการประเมิน ประกอบด้วย การตัดสินใจจากเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น หรือจากมาตรฐานที่สร้างขึ้นไว้แล้ว ด้วยการตรวจสอบทั้งแบบการสำรวจรายการหรือแบบอื่นๆ และการวิเคราะห์

๖. ขั้นการสร้างสรรค์ ได้แก่ การนำเอาองค์ความรู้ที่กล่าวไปแล้วนั้นมาบูรณาการใช้ร่วมกันทั้งในด้านความสอดคล้องของความรู้ สามารถนำเอาความรู้มาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำเอาความรู้เดิมมาจัดระบบความคิดเกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ ทั้งในด้านแบบแผน หรือโครงสร้างของชุดความรู้ ซึ่งผลของขั้นการสร้างสรรค์อาจอยู่ทั้งในรูปของการได้มาซึ่งชุดความรู้ใหม่ รูปแบบการวางแผนที่แตกต่างไปจากเดิม หรืออาจเป็นผลผลิตใหม่

สรุปได้ว่า การเรียนรู้หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และพฤติกรรมใหม่นี้เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติหรือสัญชาตญาณ หรือวุฒิภาวะ หรือพิสัยต่างๆ หรืออุบัติเหตุ หรือความบังเอิญ พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจะต้องเปลี่ยนไปอย่างค่อนข้างถาวร จึงจะถือว่าเป็นการเรียนรู้ขึ้น หากเป็นการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวก็ยังไม่ถือว่าเป็นการเรียนรู้ (Bloom's Taxonomy, ๑๙๕๖)

๑๐. กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง

(อ้างอิงข้อมูลของแผนแม่บทการพัฒนาภูมิชนชาติพันธุ์ในประเทศไทยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๐))

กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย "กลุ่มชาติพันธุ์" หมายถึง กลุ่มชนที่มีความสืบเนื่องทางประวัติศาสตร์กับสังคมไทยมาตั้งแต่อดีต มีความแตกต่างด้านต่างๆ และมีวัฒนธรรมประเพณีของตนเอง โดยเป็นกลุ่มชนที่ประชากรมีพันธะเกี่ยวข้องกัน มีลักษณะทางเชื้อชาติ วัฒนธรรมประเพณีและภาษาพูดเดียวกัน รวมตัวเป็นพหุวัฒนธรรม มุ่งมั่นในการอนุรักษ์ พัฒนาและสืบทอดฐานดินแดนของบรรพบุรุษและอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ของคนสู่คนรุ่นอนาคต นับตั้งแต่อดีตมากกว่าร้อยปีกลุ่มชาติพันธุ์มีความหลากหลายประกอบด้วย ๑๓ กลุ่ม ได้แก่ กะเหรี่ยง ม้ง(แม้ว) เย้า(เมี่ยน) ลีซู(ลีซอ) ลาหู่(มูเซอ) อาข่า(อีเก้อ) ลัวะ ถิ่น ขมุ จินฮ่อ ตองซู่ คะฉิ่น และปะหล่อง(ดะลาอั้ง) และกระจายตัวอยู่ใน ๒๐ จังหวัดของประเทศไทย (ดังตารางที่ ๑) ตารางที่ ๑ แสดงกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง จำแนกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จังหวัด
เขตสุขภาพที่ ๑	๑. จังหวัดเชียงราย
	๒. จังหวัดแม่ฮ่องสอน
	๓. จังหวัดเชียงใหม่
	๔. จังหวัดพะเยา
	๕. จังหวัดลำปาง
	๖. จังหวัดลำพูน
	๗. จังหวัดน่าน
	๘. จังหวัดแพร่
เขตสุขภาพที่ ๒	๑. จังหวัดตาก
	๒. จังหวัดสุโขทัย
	๓. จังหวัดพิษณุโลก
	๔. จังหวัดเพชรบูรณ์

เขตสุขภาพที่ ๓	๑. จังหวัดกำแพงเพชร ๒. จังหวัดอุทัยธานี
เขตสุขภาพที่ ๕	๑. จังหวัดสุพรรณบุรี ๒. จังหวัดกาญจนบุรี ๓. จังหวัดราชบุรี ๔. จังหวัดเพชรบุรี ๕. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
เขตสุขภาพที่ ๘	๑. จังหวัดเลย

วิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยมีความหลากหลายมีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันไปโดยสภาพเศรษฐกิจ-สังคม ตามจารีตประเพณีเป็นการปรับตัวเข้ากับฐานทรัพยากรธรรมชาติและสภาพภูมิสังคมที่ตั้งถิ่นฐานอยู่โดย "กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง"หรือชนชาวเขาจะตั้งถิ่นฐานตามแนวเทือกเขาบนพื้นที่สูง ที่สลับซับซ้อน มีลักษณะเป็นสังคมเกษตร ด้วยการไร่ ทำนา เลี้ยงสัตว์และพึ่งพิงอาศัยป่าและสายน้ำในลำห้วยเป็นวิถีชีวิตที่พึ่งพิงธรรมชาติและอาศัยผลผลิตจากป่าเป็นหลัก

จากการศึกษา เรื่อง การทำคลอดโดยหมอตำแยในชนเผ่ากะเหรี่ยง : บ้านซอแอะ หมู่ที่ ๑๒ ตำบลแม่ตื่น อำเภอกมภัย จังหวัดเชียงใหม่ ของนางสาวปัทมา ทะนันชัย พบว่า

ลักษณะภูมิประเทศ

สภาพทั่วไปของหมู่บ้าน เป็นพื้นที่มีภูเขาสูงสลับซับซ้อน และอยู่ในหุบเขา ซึ่งเป็นพื้นที่ภูเขาสูงมีความสูงจากระดับน้ำทะเลประมาณ ๘๐๐ เมตร จึงมีอากาศหนาวเย็นตลอดปี ลักษณะหมู่บ้านปลูกตามไหล่เขา

การตั้งบ้านเรือน บ้านจะอยู่กันเป็นกลุ่มห่างจากพื้นที่ทำกิน ซึ่งการตั้งบ้านเรือนในบางกลุ่มบ้านอาจแยกเป็นกลุ่มย่อยหรือเรียกกันว่า "ปอ๊กบ้าน" ลักษณะการตั้งบ้านเรือนจะตั้งเป็นกลุ่มตามกลุ่มเครือญาติ ในบริเวณสันเขาสูงกว่าระดับพื้นที่นาและลำห้วย มีการแบ่งสัดส่วนของพื้นที่อย่างชัดเจน ลักษณะการตั้งบ้านเรือนที่ใกล้ชิดกันของเครือญาติทำให้สะดวกและสามารถไปมาหาสู่กันได้ เช่น การไปเยี่ยมกัน ยามเจ็บป่วย หรือบางครั้งจะขอหรือแลกเปลี่ยนอาหารซึ่งกันและกัน

การคมนาคมในหมู่บ้านจะมีเส้นทางถนนเป็นดินลูกรัง โดยเฉพาะฤดูฝนจะมีความลำบากมาก เพราะพื้นที่เป็นดินแดงมีความลื่นและพื้นที่เป็นภูเขาสูงและชันมาก จึงยากแก่การเดินทาง ถ้าเดินทางต้องใช้ขับเคลื่อนล้อในการเดินทาง ถ้าเป็นมอเตอร์ไซด์จะต้องเป็นผู้ที่มีความชำนาญสูงเท่านั้น

ลักษณะครอบครัวและความสัมพันธ์ในชุมชน

ชาวบ้านในชุมชน มีความสามัคคีและช่วยเหลือกันเป็นอย่างดี ส่วนมากคนในชุมชนจะอยู่กันแบบเครือญาติหรือแบบพี่น้อง หากมีงานบุญหรืองานประเพณีใดในหมู่บ้าน ชาวบ้านยินดีที่จะช่วยเหลือและให้ความร่วมมืออย่างดี โดยเฉพาะครัวเรือนที่อยู่ละแวกเดียวกันจะไปมาหาสู่กัน แบ่งปันสิ่งของอาหารการกิน พบปะพูดคุยทั้งคนเฒ่าคนแก่ คนหนุ่มคนสาว เด็กเล็ก ทุกเพศทุกวัย จะรู้จักกันทั้งหมดและจะคอยช่วยเหลือกัน ไม่ว่าจะเป็นงานที่พัฒนาหมู่บ้าน หรืองานที่ต้องช่วยเหลือกันก็จะช่วยกันและสามัคคีกันเป็นอย่างดี

ในพื้นที่วิจัยครั้งนี้มีชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงที่อาศัยอยู่ ๒ ชนเผ่า ได้แก่ กะเหรี่ยง และม้ง ซึ่งประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ได้แก่ ความเชื่อการตั้งครุฑ และการคลอด รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ ๒ สรุปความเชื่อการตั้งครุฑและการคลอด

ความเชื่อการตั้งครุฑและการคลอด	ความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง	ความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง
	จากการศึกษา เรื่อง การทำคลอดโดยหมอตำแยในชนเผ่ากะเหรี่ยง : บ้านซอแอะ หมู่ที่ ๑๒ ตำบลแม่ตั้น อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ของนางสาวปัทมา ทะนันชัย ๒๕๕๔ พบว่า	จากการศึกษา เรื่องการศึกษาชุมชนในศูนย์พัฒนาโครงการหลวงหนองหอย ตำบลแม่แรม อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ของอาจารย์วาทีนี้ คุ่มแสง ๒๕๕๓ พบว่า
ความเชื่อการตั้งครุฑ	๑. ความเชื่อข้อห้ามในเรื่องการรับประทานอาหาร ในอดีตเชื่อว่าถ้าลูกตัวเล็กจะคลอดง่าย ขณะตั้งครุฑจึงห้ามไม่ให้รับประทานเยอะ - ห้ามรับประทานไข่ เพราะจะทำให้หญิงตั้งครุฑสั่น เมื่อคลอดลูกและจะทำให้มีกลิ่นน้ำคาวปลาเหม็นคาวเหมือนไข่ - ห้ามรับประทานเนื้อวัว เพราะจะทำให้เป็นลมผิดเดือน วิงเวียนศีรษะเพราะเนื้อสัตว์จำพวกนี้จะมีกลิ่นเหม็นและมีไขมันมาก จึงทำให้เป็นอันตรายต่อหญิงตั้งครุฑ ถ้ารับประทานเข้าไปในปริมาณที่มากหรือรับประทานบ่อยก็จะทำให้ไขมันไปเกาะตัวทารกและจะเป็นอันตรายต่อทารกและมารดา - ห้ามรับประทานปลาที่ไม่มีเกล็ด จะทำให้เจ็บท้องเป็นลมผิดเดือน วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เลือดตกลับขึ้นสมอง อาจทำให้เป็นอันตรายต่อมารดา	๑. การตั้งครุฑเกิดจากผีพ่อแม่ให้เด็กมาเกิด เมื่อเวลาใกล้คลอดหญิงมีครุฑจะไม่ไปไหนมาไหนโดยลำพังต้องมีเพื่อนอยู่ด้วยอย่างน้อยหนึ่งคน ๒. หากใกล้คลอดหญิงสาวจะคลอดบุตรในบ้านบิดามารดาไม่ได้ ดังนั้นบิดาจะสร้างกระท่อมหลังเล็กๆ ใกล้บ้านเพื่อให้ลูกสาวคลอดบุตร จากนั้น ๑ เดือนจึงจะยอมให้เข้าอยู่ในบ้านใหญ่ได้
ความเชื่อการคลอด	การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ ๑. อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำคลอดเป็นอุปกรณ์ที่มีอยู่ตามธรรมชาติ ในหมู่บ้าน หาง่ายแล้วไม่อันตราย ได้แก่ ฝูไม้ไผ่ กระบอกไม้ไผ่ และฝ้ายดิบ ซึ่งเป็นอุปกรณ์หลักที่ใช้ในการทำคลอด ถ้าหากใช้กรรไกร หรือ	การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ ก่อนการคลอดนั้นจะมีการเตรียมต้มน้ำ เพื่อเช็ดทำความสะอาด มีด หรือกรรไกรคมๆไว้สำหรับตัดสายรก ยาสมานแผลสมุนไพร และผ้าเช็ดตัวเด็ก

ความเชื่อการตั้งครุฑ และการคลอด	ความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง	ความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง
	มีด ตัดสะดือทารก จะทำให้เป็นอันตรายต่อทารก เพราะมีด กรรไกร อาจจะเป็นสนิม ส่วนอุปกรณ์เสริมก็คือ ผ้าสำหรับจับตึง และผ้าสำหรับห่อเด็ก ๒. การเตรียมสำหรับการทำคลอด พอใกล้กำหนดคลอด สามียและญาติจะช่วยกันเตรียมอุปกรณ์ เตรียมน้ำและฟืนไว้ให้พร้อม เพื่อใช้ในการทำคลอด การทำคลอด ๑. เมื่อหญิงตั้งครุฑจะคลอด พอเริ่มเจ็บท้องสามียต้องไปเรียกหมอตำแยที่บ้าน พร้อมเรียกพ่อแม่ หรือญาติมาช่วยกัน ห้ามเด็กเข้าไปดู เพราะจะทำให้หญิงที่กำลังคลอดลูกนั้นอาย และเชื่อว่าทารกที่จะคลอดออกมานั้นจะเกิดอาการอาย และไม่ยอมคลอดออกมา ๒. ขณะคลอดให้หญิงตั้งครุฑนั่งชันเข่าขึ้น (นั่งยองๆ) หันหน้าไปทางทิศตะวันออกด้านหลังหันไปทางทิศตะวันตก เชื่อว่าจะช่วยให้คลอดลูกง่าย ก่อนคลอดหมอตำแยจะช่วยคลำท้องดูว่าเด็กกลับหัวหรือยัง จากนั้น ก็ช่วยแต่งท้องให้คลอดง่าย ให้ทารกเอาหัวลง บางรายที่เจ็บท้องคลอดนานเกิน หมอตำแยก็จะทำน้ำมันตให้ดื่มเพื่อช่วยเร่งการคลอด บางรายอาจจะเลือดขึ้นสมอง หมอตำแยก็เป่าน้ำมันตลงที่หัว เป็นการไล่เลือดให้ลง พอใกล้คลอดถุงน้ำคร่ำจะแตกไหลออกมา เป็นสัญญาณเตือนว่าทารกกำลังจะคลอด หมอตำแยจะช่วยดึงทารกออก โดยใช้มือจับที่หัวของทารกแล้วค่อยๆดึง การดึงต้องดึงให้ไหลของทารกเอียงไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อเป็นการช่วยทำให้ทารกคลอดง่ายกว่าการดึงแบบตรง	การทำคลอด ๑. การคลอดบุตรโดยทั่วไปจะเป็นไปตามธรรมชาติสังคมชาวม้งจะไม่มีผู้ทำคลอดในตำแหน่งหมอตำแยอย่างเป็นทางการ (ไม่ได้มีประจำในลักษณะที่เวลาคลอดต้องไปเรียกหมอตำแยคนนี้ตลอด) ดังนั้นเมื่อผู้หญิงจะคลอดบุตร นอกเหนือจากสามียแล้วผู้ช่วยทำคลอดส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงโดยเฉพาะมารดาของสามียหรือญาติเพศหญิง ๒. หญิงตั้งครุฑที่ใกล้จะคลอดบุตรจะนั่งอยู่บนม้านั่งขนาดเล็ก หน้าห้องนอน ตัวคลุมด้วยผ้าห่มนอนเอนตัวพิงสามีย ปิดประตูบ้านห้ามเด็กเข้าไปยุ่งในบ้าน หลังจากคลอดจะทำความสะอาดเด็ก ๓. การตัดสายสะดือ จะตัดด้วยกรรไกร หลังจากคลอดออกมาแล้ว

ความเชื่อการตั้งครุฑ และการคลอด	ความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง	ความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง
	ปกติเมื่อทารกคลอดออกมาแล้ว จะมีรกออกตามมา กรณีที่รกไม่ออกมา หมอตำแยต้องช่วยเอารกออก โดยใช้วิธีการโกยท้อง หมอตำแยจะเข้าบริเวณด้านหลังของมารดา แล้วใช้มือทั้งสองข้างกดบริเวณท้องน้อย กดยกขึ้นยกลง ทำเช่นนี้เพื่อให้รกออกมา เมื่อทั้งทารกและรกออกมาแล้ว หมอตำแยต้องล้างเสมหะและเมือกบริเวณช่องคอ จมูกและหูออกให้หมด เป็นการช่วยให้เด็กหายใจคล่องและร้อง ทารกคลอดใหม่อังร้องดังยิ่งดี ถือว่าเด็กมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ๓. หมอตำแยชาวกะเหรี่ยงนอกจากจะต้องเรียนรู้วิธีการทำคลอดแล้ว ยังต้องไปเรียนรู้การเป่าเสกคาถาน้ำมนต์ เช่น เวลาเด็กไม่คลอดหรือคลอดยาก หมอตำแยต้องใช้คาถาเป่าน้ำมนต์ให้หญิงที่จะคลอดดื่ม มีความเชื่อกันว่าเมื่อผู้คลอดได้ดื่มน้ำมนต์และนำมาลูบที่ตัว ศีรษะ และส่วนต่างๆ ของร่างกาย จะช่วยให้คลอดง่ายมากขึ้น ในกรณีคลอดบุตรยาก บ้านที่มีการคลอดลูกนั้น ห้ามไม่ให้ผู้ชายเข้าไปในตัวบ้านเป็นอันขาด ผู้เป็นสามีจะคอยดูแลตีไฟ ต้มน้ำและจัดเตรียมเชือกที่ทำจากปอขาวเรียกว่า "โซ่" ซึ่งขึงอยู่ทั่วไปในรอบหมู่บ้าน สามีจะผูกเชือกกับชื่อบ้านเพื่อให้ผู้คลอดใช้มือจับเชือกเส้นนี้ขณะคลอด เชื่อกันว่าการดึงเชือกจะช่วยให้ผู้คลอดมีลมเบ่งมากยิ่งขึ้น ทำให้คลอดง่าย ๔. การตัดสายสะดือ จะใช้ด้ายดิบมัดสายสะดือทารก การมัดด้ายนั้นต้องมัดให้แน่นเพื่อป้องกันไม่ให้เลือดไหลซึมสายสะดือ ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จากนั้นจะนำเอาผิวไม้ไผ่มาตัดสายสะดือ ให้เหลือความยาวสายสะดือโดยวัดจากสะดือเด็กมาถึงหัวเข่าของเด็กโดยประมาณ	

ความเชื่อการตั้งครุฑ และการคลอด	ความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง	ความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง
ความเชื่อหลังคลอด	การอยู่ไฟ เป็นวิธีการรักษาพยาบาลหลังคลอดของหญิงกะเหรี่ยง เพื่อช่วยรักษาแผลจากการคลอดบุตร และช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สมบูรณ์ แข็งแรงกลับมาเป็นปกติ หญิงที่คลอดบุตรใหม่ จะต้องอยู่ไฟประมาณ ๗ วันหรือจนกว่าสะดือของลูกแห้ง การอยู่ไฟของหญิงกะเหรี่ยงนั้น จะต้องอยู่แต่ในห้องไม่ให้ออกไปไหน และต้องนอนผิงกระสอบข้าวเพราะจะนอนราบลงกับพื้นไม่ได้ เพราะเชื่อว่าจะทำให้โลหิตขึ้นสมองตาย และหญิงที่คลอดลูกใหม่ๆ ต้องอยู่ใกล้เตาไฟและทำตัวให้อุ่นเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดอาการช็อกจากการเสียเลือดในการคลอดลูก บางรายก็จะนั่งกอดหินซึ่งเผาไฟร้อนแล้วห่อผ้าแนบท้องไว้ ระหว่างนี้อาหารที่กินได้ คือ ข้าวกับน้ำเปล่าผสมกับเกลือหรือข้าวต้มเท่านั้น รับประทานประมาณ ๗ วัน ถ้าหากหญิงกะเหรี่ยงอยู่ไฟแล้วรับประทานอย่างอื่นจะทำให้แผลอักเสบ จากนั้นต้องกินน้ำอุ่นประมาณ ๑ เดือน และดื่มน้ำมนต์จากหมอต้าแยอีกประมาณ ๑ เดือน ดื่มน้ำควบคู่กับน้ำอุ่นเพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูสภาพมากขึ้น และต้องอยู่ใกล้ไฟตลอดเวลา ถ้าออกห่างจากเตาไฟ จะทำให้เกิดอาการปวดท้องหรือถ้าเกิดอาการปวดท้องขึ้นมา หญิงชาวกะเหรี่ยงก็จะเอาลูกหินเผาไฟให้เกิดความร้อนจากนั้นก็เอาน้ำมาพรมจากนั้นก็เอาผ้ามาพันกับก้อนหินแล้วเอามาประคบท้องเพื่อให้หายปวดท้อง (ความร้อนจากก้อนหินไปละลายเลือดที่แข็งตัวในมดลูก) ระยะเวลาในการอยู่ไฟนั้นหญิงชาวกะเหรี่ยงจะรักษาบาดแผลที่เกิดจากการคลอดโดยนำน้ำสมุนไพรล้างที่บาดแผลที่เกิดจากการคลอด ประมาณ ๗ วัน และจะนำใบพลับพลึงย่างกับไฟให้พออุ่นๆแล้วนั่งทับลงไปบนใบพลับพลึง	การอยู่ไฟ โดยปกติหญิงที่คลอดลูกจะต้องอยู่ไฟ (ใจ) ที่เตาไฟเล็กภายในบ้าน หลังจากทีคลอดแล้วจะต้องกินข้าวกับไก่หรือไข่เป็นเวลา ๓๐ วัน

ความเชื่อการตั้งครุฑ และการคลอด	ความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง	ความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง
	ควบคุมกับการล้างน้ำสมุนไพรมีเป็นประจำทุกวัน จากนั้นก็อบสมุนไพรรูปไป ด้วยประมาณอาทิตย์ละ ๑ - ๒ ครั้ง จะทำให้มดลูกเข้าที่เร็วขึ้น	
ข้อสังเกต	๑. การคลอดลูกในหมู่บ้าน มีความรู้สึกอบอุ่นที่ได้คลอดในสถานที่ที่เป็นบ้านของตนเอง มีสามี พ่อแม่ ญาติพี่น้องคอยให้กำลังใจอยู่พร้อมหน้ากัน แต่การคลอดในโรงพยาบาลจะรู้สึกโดดเดี่ยวไม่มีความมั่นใจวิตกกังวล เพราะโรงพยาบาลไม่อนุญาตให้สามีหรือญาติเข้าไปในห้องคลอด เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ทำคลอดในหมู่บ้าน ซึ่งในหมู่บ้านก็เป็นญาติ และอาศัยซึ่งกันและกันหรือที่เรียกว่าระบบเครือญาติ ๒. วิธีการทำคลอดของหมอดำแยในหมู่บ้าน มีการใช้คาถากำกับเพื่อให้หญิงกะเหรี่ยงนั้นคลอดลูกง่าย หรือเวลาเลือดขึ้นสมองหมอดำแยก็จะใช้คาถาในการทำคลอด เพราะหญิงกะเหรี่ยงไว้วางใจหมอดำแยในหมู่บ้านเป็นอย่างมากและให้ความเคารพนับถือ ในการทำคลอดของหมอดำแยจะไม่ใช้เครื่องมืออะไรมากมาย จะใช้เครื่องมือตามธรรมชาติที่มีอยู่ในหมู่บ้านเพราะเชื่อว่ามีความสะดวกและไม่เป็นอันตรายต่อแม่ และเด็กอีกด้วย ๓. หญิงตั้งครุฑชาวกะเหรี่ยงนิยมคลอดกับหมอดำแยในหมู่บ้าน ไม่นิยมไปคลอดบุตรที่โรงพยาบาล เนื่องจากการเดินทางลำบากในการไปคลอดที่โรงพยาบาล	

๑๑. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พิทักษ์พงษ์ พรรณพราว (๒๕๕๖) ผลการศึกษาพบว่า สตรีมีครรภ์และเข้ามารับบริการฝากครรภ์ จำนวน ๓๐ ราย ฝากครรภ์เร็วอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ จำนวน ๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๓ และเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการฝากครรภ์ ย้อนหลัง ๓ ปี พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ พบปัจจัยที่ทำให้มีการฝากครรภ์เร็วขึ้น ได้แก่ การออกเชิงรุกให้ข้อมูลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

วิไลวรรณ เจนการ และคณะ (๒๕๖๑) ผลการศึกษาพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติเป็นมีความสำคัญ เพราะการเดินทางลงจากดอยค่อนข้างลำบาก โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถเดินทางเองได้ทั้งนี้เป็นเพราะว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ จึงหมายถึงการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับคำแนะนำในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ และการคลอด จากสามีและญาติ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง

รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ (๒๕๖๑) ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนขึ้นอยู่กับความหมายของการมีส่วนร่วม และระดับการมีส่วนร่วมซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการมีส่วนร่วม สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาวะ โดยใช้กลไกของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงที่สนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการใดๆ อันนำไปสู่การแลกเปลี่ยนและสร้างความเข้าใจร่วมกันของบุคคลในสถานการณ์กลุ่ม จนบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะมี ๕ ระดับ คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินกิจกรรม การใช้ประโยชน์ การร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยรูปแบบของการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การร่วมตัดสินใจร่วมในการดำเนินการพัฒนาสุขภาวะ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล ผลจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต จะเกิดประโยชน์ต่อผู้รับผลการพัฒนาทั้งโดยตรงและโดยอ้อม รวมถึงการกระจายประโยชน์สู่ชุมชน ดังนั้นหากบุคลากรด้านสุขภาพ มีศักยภาพในการสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของชุมชน ในการพัฒนาสุขภาวะย่อมเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล

จินตนา ทอนฮามแก้ว (๒๕๕๒) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ตามบริบทของพื้นที่ศึกษา ได้แก่ ๑) ปัญหาสุขภาพและภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เช่น โรคประจำตัว ประวัติการคลอด ความเครียดและความวิตกกังวลในการประกอบอาชีพ และเลี้ยงดูบุตร หลังคลอด ๒) วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป เนื่องจากลักษณะของครอบครัวที่เปลี่ยนไป ภูมิปัญญาการพึ่งตนเองทางสุขภาพที่ลดน้อยลง จึงส่งผลต่อความรู้ และการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การเร่งรีบหาเลี้ยงชีพที่ส่งผลกระทบทำให้หญิงตั้งครรภ์ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ช้า ๓) การเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์เป็นไปได้น้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความไม่ครอบคลุมในการดูแลที่บ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับข้อจำกัดในการเดินทางมาฝากครรภ์จากเหตุปัจจัยดังกล่าวได้สะท้อนคิดให้กับชุมชน เพื่อร่วมกันหาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย ๑) การดูแลทางคลินิก ได้แก่ การตรวจร่างกายตรวจครรภ์ คัดกรองภาวะเสี่ยง ๒) การดูแลสุขภาพการป้องกันและเฝ้าระวังการเจ็บป่วย ได้แก่ การจัดทำฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ การให้ความรู้การดูแลสุขภาพ และการติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ ๓) การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์เพื่อกระตุ้น

การมาฝากครรภ์และการดูแลสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน ให้มีความรู้ และมีส่วนร่วมในการดูแล ๔) การสนับสนุนการเข้าถึงสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ระบบส่งต่อฉุกเฉิน และที่สำคัญ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของ ๓ ภาคส่วน คือ ภาควิชาชีพ ภาคประชาชน และภาคองค์กรชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน

อรอนงค์ บัวลา และชนิษฐา นันทบุตร.๒๕๖๓ พบว่า ศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ส่วนใหญ่ได้รับการฝากครรภ์

ระนอง เกตุดาวและคณะ.๒๕๖๔ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายชุมชน ยังขาดความรู้ทักษะในการตรวจคัดกรองประเมินความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ ตลอดจนมีความรู้ไม่เพียงพอในการการดูแลหญิงตั้งครรภ์เบื้องต้น รวมถึงการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และมีโรคร่วมทางอายุรกรรม

ปัทมา ทะนันชัย.๒๕๕๔ พบว่า ปัจจัยด้านภูมิประเทศส่งผลต่อการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ในการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาล เพราะลักษณะภูมิประเทศที่เป็นภูเขาสูงสลับซับซ้อน และยังมีภูเขาล้อมรอบ ส่งผลให้การคมนาคมหรือเส้นทางในการสัญจรมีความลำบาก ถนนเป็นดินลูกรังผสมกับหินภูเขา ในช่วงฤดูฝนจะมีความลำบากเพิ่มมากยิ่งขึ้น

บทที่ ๓ ระเบียบวิธีวิจัย

การพัฒนาเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงในพื้นที่อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

ใช้วิธีการศึกษาด้วยรูปแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development ; R & D) ตามระเบียบวิธีวิจัย

๓.๒ ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

- | | |
|---|--------------|
| ๑. พนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) | จำนวน ๒๐ คน |
| ๒. ครูอาสาสมัคร | จำนวน ๒๓๐ คน |
| ๓. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) | จำนวน ๙๑๒ คน |

การสุ่มตัวอย่าง

มีการสุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยใช้การสุ่มแบบ Quota Sampling ซึ่งได้คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแต่ละตำบล ในอำเภอมก๋อย (จำนวนตามรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนด้านล่าง) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria)

๑. สื่อสารภาษาไทยได้
๒. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

๑. กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่ออกจากพื้นที่อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่
๒. กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจออกจากโครงการวิจัย
๓. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดของโครงการวิจัย

๓.๓ ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยรูปแบบ Research and Development ; R & D ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยของ รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และชุมพล เสมอพันธ์ โดยได้ขั้นตอนการดำเนินงาน เป็น ๓ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การศึกษาปัญหา เพื่อให้ได้แนวคิดในการพัฒนาด้านแบบของนวัตกรรม

ศึกษาบริบทของพื้นที่และวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ในพื้นที่อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ จากเอกสารรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries-CE เขตสุขภาพที่ ๑ และการทบทวนวรรณกรรมรวมถึงรับฟังข้อคิดเห็นต่อรูปแบบเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่ใช้ในปัจจุบัน โดยใช้รูปแบบการประชุม มีผู้ร่วมประชุมจำนวน ๑๗ คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติ-นรีเวช จากศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการ MCH อำเภอมก๋อย

จังหวัดเชียงใหม่, นักวิชาการสาธารณสุขหน่วยงานวิชาการ, พนักงานสุขภาพชุมชน (พช.), ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๒

ขั้นตอนที่ ๒ พัฒนาด้านแบบนวัตกรรมการและปรับปรุงแก้ไข

๒.๑ ร่างต้นแบบนวัตกรรมการ

๒.๑.๑ ร่างต้นแบบเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้รูปแบบการประชุมกลุ่ม ระดมสมอง มีผู้ร่วมดำเนินการจำนวน ๔๕ คน ประกอบด้วย พนักงานสุขภาพชุมชน (พช.), ครูอาสาสมัคร, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุขหน่วยงาน วิชาการ

๒.๑.๒ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก ในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาให้ตรงตาม หลักวิชาการ และรับฟังความคิดเห็นต่อรูปแบบเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ จำนวน ๓ ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติ - นรีเวช และนักวิชาการสาธารณสุขหน่วยงานวิชาการ

๒.๒ พัฒนาและปรับปรุงแก้ไข

๒.๒.๑ นำข้อเสนอปรับปรุงเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๒.๒.๒ ออกแบบพัฒนาเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับ พนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ระยะเวลาดำเนินการ มกราคม - กรกฎาคม ๒๕๖๓

ขั้นตอนที่ ๓ ทดลองใช้และสรุปผล

๓.๑. การทดลองใช้ (try out) ในกลุ่มทดลอง

๓.๑.๑ นำเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงาน สุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปทดลองใช้ ในกลุ่มตัวอย่างพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน ๓๐ ราย

๓.๑.๒ ประเมินผลการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงฯ ในกลุ่มทดลอง และนำไปปรับปรุงเกณฑ์ฯ

๓.๒ นำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๑๐ คน

๓.๒.๑ ถ่ายทอดองค์ความรู้และวิธีการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์กลุ่มชาติพันธุ์ บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้แก่ พนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้รูปแบบการอบรมถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ เสมือนจริง ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๑๐ คน ประกอบด้วย พนักงานสุขภาพชุมชน (พช.), ครูอาสาสมัคร, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๓.๒.๒ นำเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงาน สุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน ๓๑๐ คน ประกอบด้วย พนักงานสุขภาพชุมชน (พช.), ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๓.๒.๓ ประเมินผลการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.), ครูอาสาสมัคร, และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๓.๒.๓.๑ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือให้เข้ากับบริบทของพื้นที่

แบบประเมินการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง จำนวน ๑ ชุด แบ่งออกเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวน ๔ ข้อ

ส่วนที่ ๒ แบบทดสอบความรู้การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ซึ่งการให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ ๑ คะแนน ตอบผิดให้ ๐ คะแนน โดยให้เลือกตอบเพียง ๑ ตัวเลือก แบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ตามเกณฑ์ของ Bloom ๑๙๗๑ ดังนี้

ตารางที่ ๓ แสดงการแปลผลระดับความประเมิน

ระดับการประเมิน	คะแนนคิดเป็นร้อยละ	ค่าคะแนน
ความรู้ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ ๘๐ - ๑๐๐	ช่วงคะแนน ๘ - ๑๐
ความรู้ระดับปานกลาง	ได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ ๖๐ - ๗๙	ช่วงคะแนน ๖ - ๗
ความรู้ระดับต่ำ	ได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ ๐ - ๕๙	ช่วงคะแนน ๐ - ๕

ส่วนที่ ๓ แบบเก็บข้อมูลความสามารถในการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงฯ มีลักษณะเป็นคำถาม โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินข้อคำถามจากการสังเกตการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงฯ จากตัวอย่างมีจำนวน ๓ ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

๑. ทำได้ทั้งสามข้อ	หมายถึง	ผลการประเมินผ่าน
๒. ทำไม่ได้ทั้งสองข้อ	หมายถึง	ผลการประเมินไม่ผ่าน
๓. ทำได้เพียงข้อใดข้อหนึ่ง	หมายถึง	ผลการประเมินไม่ผ่าน

ส่วนที่ ๔ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนและค่าเฉลี่ย ดังนี้

(๑) ระดับความพึงพอใจตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนความพึงพอใจ ดังนี้

พึงพอใจมากที่สุด	ให้	๕	คะแนน
พึงพอใจมาก	ให้	๔	คะแนน
พึงพอใจปานกลาง	ให้	๓	คะแนน
พึงพอใจน้อย	ให้	๒	คะแนน
พึงพอใจน้อยที่สุด	ให้	๑	คะแนน

(๒) ความกว้างของอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ ๐.๘ ซึ่งได้มาจากการคำนวณ โดยใช้สมการคณิตศาสตร์ ดังนี้ (Fisher อ้างอิงในชัชวาล เรื่องประพันธ์, ๒๕๓๙)

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนเฉลี่ยสูงสุด} - \text{คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{๘ - ๑}{๑๐} = ๐.๘$$

ตารางที่ ๔ แสดงเกณฑ์การแปลความหมายเพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนน

ช่วงค่าเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
๔.๒๑ - ๕.๐๐	พึงพอใจมากที่สุด
๓.๔๑ - ๔.๒๐	พึงพอใจมาก
๒.๖๑ - ๓.๔๐	พึงพอใจปานกลาง
๑.๘๑ - ๒.๖๐	พึงพอใจน้อย
๑.๐๐ - ๑.๘๐	พึงพอใจน้อยที่สุด

๓.๒.๓.๒ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

โดยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย ผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านสูตินรีแพทย์ จำนวน ๓ ท่าน เป็นผู้พิจารณาความสมบูรณ์ของเนื้อหา ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา และความชัดเจนในเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และนำมาหาค่า IOC (Item-objective Congruence) มีผลคะแนนเท่ากับ ๐.๖๗

๓.๒.๓.๓ การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขขั้นต้นแล้วไปทดสอบขั้นต้น (Try Out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คน ในพื้นที่อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อดูความชัดเจนของภาษา และระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปใช้จริงกับประชากรที่ศึกษา และนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้วิธีการของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson) KR-๒๐ ได้ค่าเท่ากับ ๐.๘๓ และหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ของแบบเก็บข้อมูลความสามารถในการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงฯ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าเท่ากับ ๐.๘๙

๓.๒.๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล

- ผู้วิจัยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภออมก๋อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้อำเภออมก๋อย ในการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล

- ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่าง

- ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเอง โดยดำเนินการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างๆ ตอบแบบสอบถาม เก็บแบบสอบถาม และใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

- ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

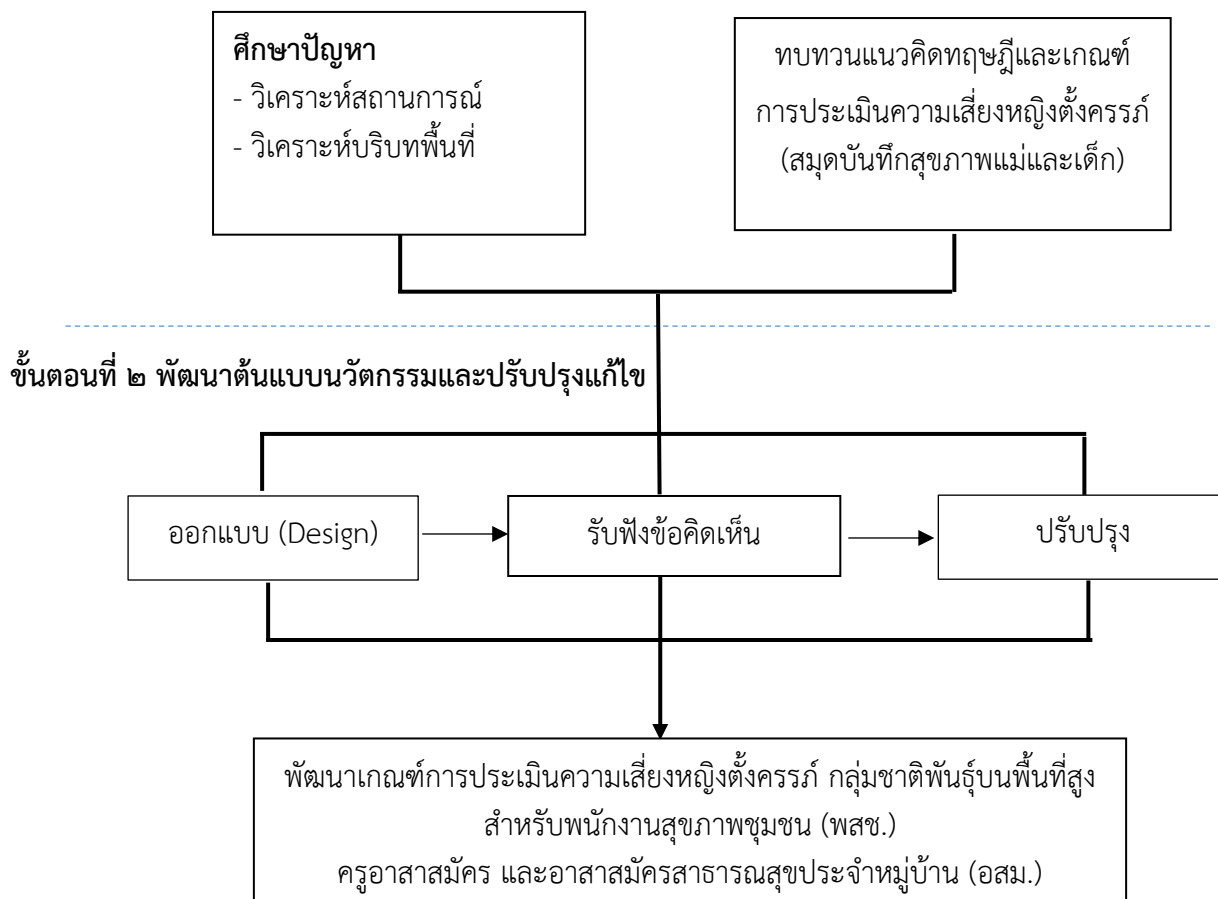
๓.๒.๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) วิเคราะห์หา ร้อยละ และความถี่
- ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) วิเคราะห์หา ร้อยละ และความถี่
- ข้อมูลความสามารถในการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) วิเคราะห์หา ร้อยละ และความถี่
- ข้อมูลระดับความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

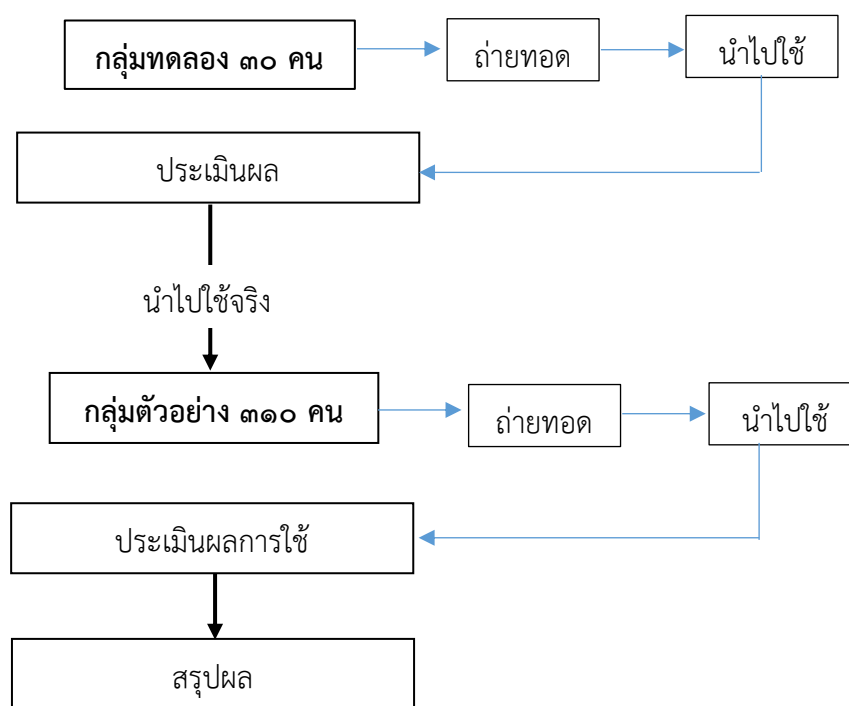
ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๖๓ - กันยายน ๒๕๖๔

สรุปกระบวนการและขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ ๑ การศึกษาปัญหา เพื่อให้ได้แนวคิดในการพัฒนาด้านแบบของนวัตกรรม



ขั้นตอนที่ ๓ ทดลองใช้และสรุปผล



บทที่ ๔ ผลการศึกษา

ผลการศึกษาจากกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development ; R & D) มีผลดังนี้
ขั้นตอนที่ ๑ การศึกษาปัญหา เพื่อให้ได้แนวคิดในการพัฒนาต้นแบบของนวัตกรรม

๑.๑ ข้อมูลกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ มีกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงอาศัยอยู่ ๒ กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ กะเหรี่ยง และม้ง มีจำนวนประชากร ๕๖,๙๒๘ คน จากประชากรทั้งหมดในอำเภอ ๖๐,๘๓๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๕๘ ซึ่งกระจายตัวอยู่ใน ๖ ตำบล มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้
 ตารางที่ ๕ แสดงข้อมูลกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่อำเภอมก๋อย

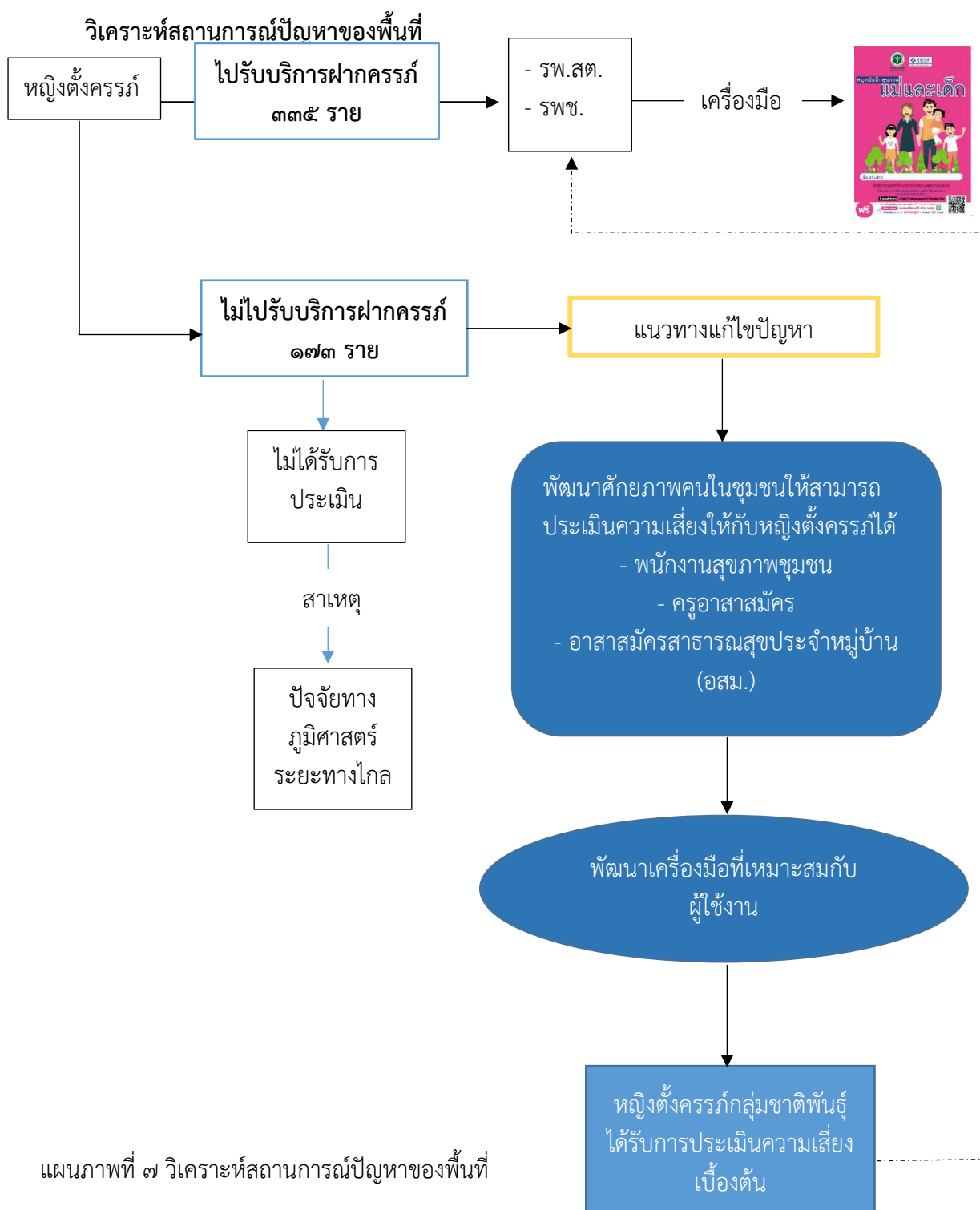
ข้อมูลประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอมก๋อย	เพศชาย	เพศหญิง	รวม	
			จำนวน(คน)	ร้อยละ
กลุ่มชาติพันธุ์				
กะเหรี่ยง	๒๗,๖๔๑	๒๗,๗๙๓	๕๕,๔๓๔	๙๗.๓๓
ม้ง (แม้ว)	๔๘๑	๕๒๓	๑,๐๐๔	๑.๗๗
ลาหู่ (มุเซอ)	๒๓๘	๒๕๒	๔๙๐	๐.๘๖
รวม	๒๘,๓๖๐	๒๘,๕๖๘	๕๖,๙๒๘	๑๐๐
จำนวนประชากรรายตำบล				
ตำบลนาเกียน	๕,๕๘๖	๕,๗๕๑	๑๑,๓๓๗	๑๙.๙๑
ตำบลม่อนจอง	๒,๓๖๖	๒,๓๗๖	๔,๗๔๒	๘.๓๕
ตำบลยางเปียง	๔,๐๖๐	๔,๐๐๒	๘,๐๖๒	๑๔.๑๖
ตำบลสบโขง	๓,๗๓๐	๓,๗๐๔	๗,๔๓๔	๑๓.๐๕
ตำบลอมก๋อย	๗,๔๖๑	๗,๕๔๐	๑๕,๐๐๑	๒๖.๓๕
ตำบลแม่ตื่น	๕,๑๕๗	๕,๑๙๕	๑๐,๓๕๒	๑๘.๑๘
รวม	๒๘,๓๖๐	๒๘,๕๖๘	๕๖,๙๒๘	๑๐๐

จากตาราง พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ที่พบมากที่สุด คือกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ร้อยละ ๙๗.๓๓ รองลงมา
 กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ร้อยละ ๑.๗๗ และกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ร้อยละ ๐.๘๖ พบมากที่สุดในตำบลอมก๋อย
 ร้อยละ ๒๖.๓๕ รองลงมาตำบลนาเกียน ร้อยละ ๑๙.๙๑ และตำบลแม่ตื่น ร้อยละ ๑๘.๑๘

๑.๒ ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้
 ตารางที่ ๖ แสดงข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่

ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์	จำนวนคน	คิดเป็นร้อยละ
หญิงตั้งครรภ์		
- ฝากครรภ์	๓๓๕	๖๕.๙๔
- ไม่ฝากครรภ์	๑๗๓	๓๔.๐๖
รวม	๕๐๘	๑๐๐
ได้รับการประเมินความเสี่ยง		
- พบความเสี่ยงของการตั้งครรภ์	๒๙๗	๘๘.๖๕
- ไม่พบความเสี่ยงของการตั้งครรภ์	๓๘	๑๑.๓๕
รวม	๓๓๕	๑๐๐

จากตารางพบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ ทั้งสิ้น ๕๐๘ ราย เข้ารับการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาล จำนวน ๓๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๙๔ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ พบความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ จำนวน ๒๙๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๖๕ ไม่พบความเสี่ยงจำนวน ๓๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๓๕ และไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์ จำนวน ๑๗๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๐๖ ซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง จำนวน ๑๖๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๒๑ กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง จำนวน ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๗๙ สาเหตุเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้อาศัยและตั้งบ้านเรือนอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาล ประกอบกับการเดินทางมีความยากลำบาก จึงทำให้ไม่มารับบริการที่สถานพยาบาล



๑.๓ หลังจากที่ได้นำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ไปให้กลุ่มตัวอย่างไปใช้ ได้สะท้อนความคิดเห็น มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ ๗ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ผู้มีส่วนร่วม	ความคิดเห็น
พนักงานสุขภาพชุมชน	- ไม่เข้าใจความหมาย เนื่องจากไม่คำอธิบายเกี่ยวกับความเสี่ยง
ครูอาสาสมัคร	- เป็นคำศัพท์ทางการแพทย์มากเกินไป เนื้อหาเป็นวิชาการ ไม่มีคำอธิบายรายละเอียดของเนื้อหาที่ทำให้เข้าใจง่าย เช่น ความดันโลหิต Diastolic ≥ 90 mmHg คำถาม (ความดันโลหิต Diastolic ≥ 90 mmHg คือค่าตัวบนหรือตัวล่าง)
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	- คำศัพท์ยาก ใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ ทำให้ไม่เข้าใจความหมาย เนื่องจากไม่มีคำอธิบายประกอบหัวข้อ เช่น อายุ < 20 (นับถึง EDC) ,อายุ ≥ 35 ปี (นับถึง EDC) คำถาม EDC คืออะไร มีความหมายว่าอย่างไร - ไม่มีรูปภาพประกอบที่แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยง

จากการวิเคราะห์เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ในปัจจุบัน ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก พบว่า เนื้อหาหลักความเป็นวิชาการ ใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ ไม่มีรูปภาพประกอบให้เห็นถึงความเสี่ยง ซึ่งบุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ไม่เข้าใจในความหมายของเกณฑ์ฯ อาจจะแปลความหมายไม่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ ๒ พัฒนาด้านแบบนวัตกรรมและปรับปรุงแก้ไข

๒.๑ ร่างต้นแบบ

เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้งาน โดยการประชุมกลุ่มระดมสมอง ได้ข้อคิดในที่ประชุม ดังนี้

- ควรออกแบบเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในรูปแบบแผ่นภาพโปสเตอร์ เพื่อสะดวกในการใช้งาน

- ควรแสดงให้เห็นถึงขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง
- ภาพโปสเตอร์ควรมีสีสันที่น่าสนใจ สื่อสารเข้าใจได้ง่าย มีขนาดใหญ่ เหมาะต่อการนำไปใช้ในพื้นที่

รายละเอียดรูปภาพประกอบกิจกรรม ในภาคผนวก ก รูปภาพที่ ๑ แสดงการมีส่วนร่วมในการออกแบบเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

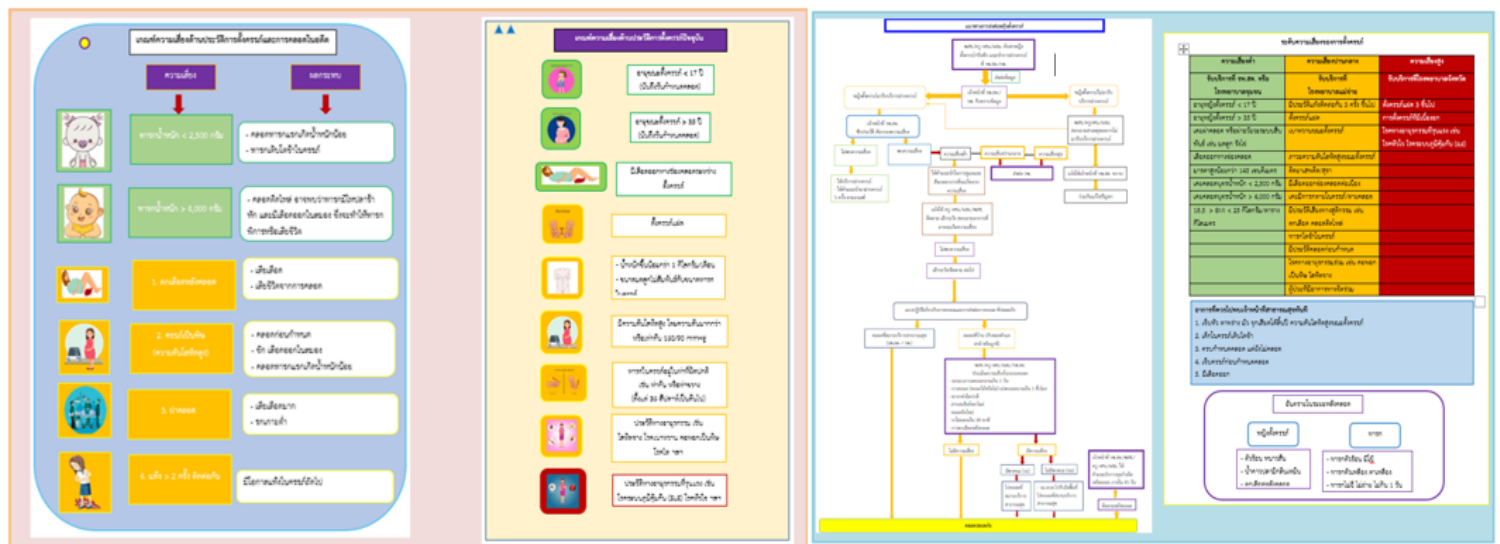


จากการร่วมกันออกแบบเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้ร่างต้นแบบออกมาในรูปแบบโปสเตอร์ ๑ แผ่น ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ (ดังแผ่นภาพที่ ๘)

๑. ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต
๒. ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน
๓. แนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์
๔. ระดับความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์
๕. อาการที่ควรไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที
๖. อันตรายในระยะหลังคลอด

แผ่นภาพที่ ๘ รูปแบบเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง
สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

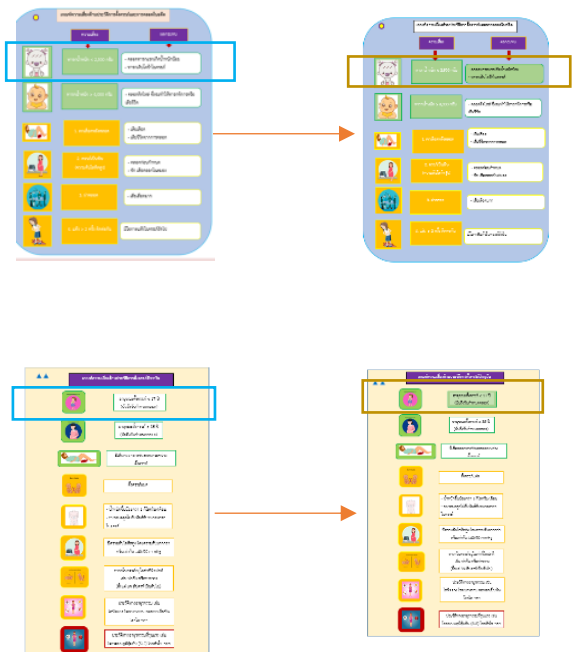
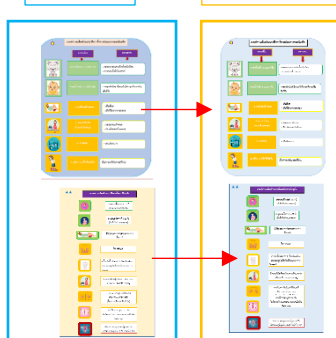


๒.๒ รับฟังความคิดเห็น

รับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก เพื่อตรวจสอบเนื้อหาในเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่ได้พัฒนาขึ้น ให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ ประกอบด้วย

๑. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติ - นรีเวช
๒. นักวิชาการสาธารณสุข
๓. ผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ โดยมีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ ๘ แสดงข้อคิดเห็นต่อรูปแบบเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

ประเด็น	ข้อคิดเห็น
ตัวหนังสือ	ปรับตัวหนังสือให้มีขนาดใหญ่ขึ้น ให้เห็นชัดเจน
รูปภาพ	ควรเพิ่มขนาดให้ใหญ่ และชัดเจนขึ้น เน้นกรอบสีรูปภาพให้เห็นชัดเจน (เขียว เหลือง แดง)
สี	รูปภาพความเสี่ยง และผลกระทบ ให้ใช้สีตามสีความเสี่ยง (เขียว เหลือง แดง) รวมทั้งในกรอบข้อความให้สีตรงกับสีความเสี่ยง ดังรูปภาพ 
รูปแบบโปสเตอร์	- ควรเพิ่มเติมแนวทางการเข้ารับบริการของแต่ละสี เช่น เขียว ควรเข้ารับบริการที่ไหน เหลือง ควรเข้ารับบริการที่ไหน แดง ควรเข้ารับบริการที่ไหน - สีของรูปแบบประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต และประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ให้เหมือนกัน ดังรูปภาพ สีเดิม ปรับสีให้เหมือนกัน 

ตารางที่ ๙ แสดงการมีส่วนร่วมในการออกแบบ พัฒนา และปรับปรุงเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

ผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบและดำเนินการ	ความเกี่ยวข้องในการดำเนินการ
๑. ครูอาสาสมัคร สังกัดศูนย์การศึกษาานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.)	- ให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาเกณฑ์การประเมิน ความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง - ร่วมดำเนินการในทุกขั้นตอนของการพัฒนา และปรับปรุงเกณฑ์การประเมิน ความเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง
๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	
๓. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	
๔. ที่ปรึกษา (ผู้เชี่ยวชาญด้านด้านสูติ - นรีเวช กรรม)	- ให้คำแนะนำ และปรับปรุงเกณฑ์การประเมิน ความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงให้ ถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐาน

๒.๓ พัฒนาเกณฑ์

พัฒนาเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพ ชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยได้รูปแบบเป็น “โปสเตอร์” (ขนาด A๒ = ๔๒ x ๕๙.๔ ซม.) มีจำนวน ๒ แผ่น ประกอบด้วย

แผ่นที่ ๑ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต, ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

แผ่นที่ ๒ แนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์, ระดับความเสี่ยงของการตั้งครรภ์, อาการที่ควรไปพบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที, อันตรายในระยะหลังคลอด

โดยมีรายละเอียดดังแผนภาพ ต่อไปนี้

๑. เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพ ชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (แผ่นที่ ๑)

ประกอบด้วย ๒ หัวข้อ ดังนี้

๑. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต

๒. ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

แผนภาพที่ ๑๐ เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพ ชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แผ่นที่ ๑

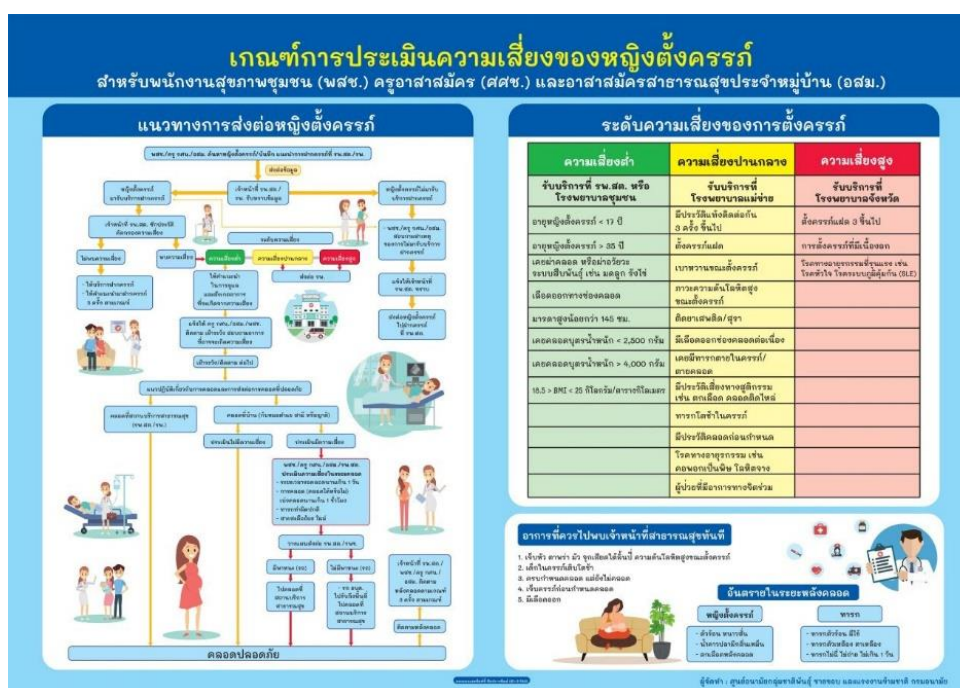


๒. เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (แผ่นที่ ๒)

ประกอบด้วย ๔ หัวข้อ ดังนี้

๑. แนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์
๒. ระดับความเสี่ยงของการตั้งครรภ์
๓. อาการที่ควรไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที
๔. อันตรายในระยะหลังคลอด

แผนภาพที่ ๑๑ เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แผ่นที่ ๒



ขั้นตอนที่ ๓ ทดลองใช้และสรุปผล

๓.๑ ผลการทดลองในกลุ่มทดลอง

การทดลองใช้ ทดสอบ (try out) เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในกลุ่มพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน ๓๐ ราย

ถ่ายทอดวิธีการใช้เกณฑ์ในรูปแบบการประชุมให้ความรู้ ทักษะ และวิธีการประเมินความเสี่ยง ใช้วิธีการอธิบาย ระยะเวลา ๖ ชั่วโมง หลังจากถ่ายทอดการใช้เกณฑ์ฯ ผู้วิจัยได้ทดสอบประเมินความสามารถในการใช้เกณฑ์ในกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ ๑๐ แสดงผลการทดลองใช้ ทดสอบ (try out) เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มทดลอง	สามารถในการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง		ไม่สามารถในการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.)	๑๐	๓๓.๓๓	๐	๐
ครูอาสาสมัคร	๑๐	๓๓.๓๓	๐	๐
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๘	๒๖.๖๗	๒	๖.๖๗
รวม	๓๐	๙๓.๓๓	๒	๖.๖๗

จากตาราง พบว่า กลุ่มทดลองสามารถใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง ได้ถูกต้อง จำนวน ๒๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๓๓ และไม่สามารถใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง ได้ถูกต้อง จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖.๖๗ ซึ่งอยู่ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เนื่องจากกลุ่มนี้ค่อนข้างมีปัญหาด้านการอ่านและเขียนภาษาไทย ทำให้ไม่เข้าใจรายละเอียดเนื้อหา และวิธีการประเมินความเสี่ยง

การปรับปรุง

การทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้นำข้อจำกัดนี้ไปใช้ในการแก้ปัญหา โดยเพิ่มระยะเวลาในการถ่ายทอดการใช้เกณฑ์ให้มากขึ้น และต้องคำนึงถึงการสื่อสาร อธิบายให้ชัดเจน ละเอียดมากยิ่งขึ้น

๓.๒ การทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

๓.๒.๑ ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งสิ้นจำนวน ๓๑๐ คน โดยมีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ ๑๑ แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n=๓๑๐)	ร้อยละ
กลุ่มตัวอย่าง		
พนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.)	๒๐	๖.๔๕
ครูอาสาสมัคร	๒๓๐	๗๔.๒
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๖๐	๑๙.๓๕
รวม	๓๑๐	๑๐๐
เพศ		
ชาย	๑๘๓	๕๙.๐๓
หญิง	๑๒๗	๔๐.๙๗
รวม	๓๑๐	๑๐๐
อายุ		
ต่ำกว่า ๑๕ ปี	๐	๐
๑๕ – ๒๙ ปี	๗๒	๒๓.๒๓
๓๐ – ๔๔ ปี	๑๔๗	๔๗.๔๒
๔๕ – ๕๙ ปี	๙๑	๒๙.๓๕

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ก=๓๑๐)	ร้อยละ
๖๐ ปีขึ้นไป	๐	๐
รวม	๓๑๐	๑๐๐
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	๐	๐
ประถมศึกษา	๕	๑.๖๑
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.๑ - ม.๓)	๑๕	๔.๘๓
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๔ - ม.๖)/ปวช.	๓๓	๑๐.๖๕
อนุปริญญา/ปวส.	๗	๒.๒๕
ปริญญาตรี	๒๕๐	๘๐.๖๖
รวม	๓๑๐	๑๐๐

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นครูอาสาสมัครมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๒ รองลงมาเป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๓๕ และพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) คิดเป็นร้อยละ ๖.๔๕ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ ๕๙.๐๓ และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๙๗ ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ช่วงอายุ ๓๐ - ๔๔ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๔๒ รองลงมา ๔๕ - ๕๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๓๕ และ ๑๕ - ๒๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๒๓ ตามลำดับ ระดับการศึกษา มากที่สุด ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๑๖ รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๔ - ม.๖)/ปวช. คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๖๕ มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.๑ - ม.๓) คิดเป็นร้อยละ ๔.๘๓ อนุปริญญา/ปวส. คิดเป็นร้อยละ ๒.๒๕ และประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ ๑.๖๑ ตามลำดับ

๓.๒.๒ การถ่ายทอดองค์ความรู้และวิธีการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้

ถ่ายทอดการใช้เกณฑ์ โดยใช้รูปแบบการอบรมให้ความรู้ ทักษะ และวิธีการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ใช้การอธิบาย และการปฏิบัติเสมือนจริง ใช้ระยะเวลา ๑๒ ชั่วโมง

รายละเอียดรูปภาพประกอบกิจกรรม ในภาคผนวก ก รูปภาพที่ ๒ ถ่ายทอดองค์ความรู้และวิธีการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์



๓.๒.๓ ผลการประเมินการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีการประเมินผล ดังนี้

๑. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

๑.๑ ผลการประเมินความรู้

ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ ๑๒ แสดงผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์	กลุ่มตัวอย่าง (n=๓๑๐)			
	ตอบถูก (คน)	ร้อยละ	ตอบผิด (คน)	ร้อยละ
ช่วงอายุที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์คืออายุ ๑๗ ปีขึ้นไป และไม่เกิน ๓๕ ปี	๓๐๘	๙๙.๓๕	๒	๐.๖๕
หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการประเมินความเสี่ยงเฉพาะครรภ์แรกเท่านั้น	๓๐๑	๙๗.๑๐	๙	๒.๙๐
แท้งมากกว่า ๒ ครั้ง มีโอกาสแท้งในครรภ์ถัดไป	๒๙๗	๙๕.๘๐	๑๓	๔.๒๐
หากมีการตั้งครรภ์มากกว่า ๔ ครั้งขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงสูงทั้งแม่และลูก	๒๙๕	๙๕.๑๖	๑๕	๔.๘๓
ระดับความเสี่ยงปานกลาง ควรไปรับบริการที่รพ.สต	๒๙๑	๙๓.๘๗	๑๙	๖.๑๓
ภายหลังจากรกคลอดแล้วเลือดต้องหยุดไหลหรือซึมได้เล็กน้อย	๒๘๓	๙๑.๒๙	๒๗	๘.๗๑
ประวัติทางอายุรกรรมที่รุนแรง (สีแดง) เช่น โรคระบบภูมิคุ้มกัน (SLE) โรคหัวใจ ฯลฯ	๒๘๑	๙๐.๖๕	๒๙	๙.๓๕
อายุครรภ์ที่เหมาะสมที่จะคลอดควรอยู่ระหว่าง ๓๗ - ๔๐ สัปดาห์	๒๗๗	๘๙.๓๕	๓๓	๑๐.๖๕
หญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการคลอดบุตร	๒๖๕	๘๕.๔๘	๔๕	๑๔.๕๒
ภาวะตกเลือดหลังคลอดคือมีการเสียเลือดทางช่องคลอดมากกว่า ๕๐๐ CC หลังจากรกคลอด	๒๖๓	๘๔.๘๔	๔๗	๑๕.๑๖

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ตอบถูกต้อง ๓ ลำดับแรก คือ ช่วงอายุที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์คืออายุ ๑๗ ปีขึ้นไป และไม่เกิน ๓๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๓๕ รองลงมา หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการประเมินความเสี่ยงเฉพาะครรภ์แรกเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๑๐ และรองลงมา แท้งมากกว่า ๒ ครั้ง มีโอกาสแท้งในครรภ์ถัดไป คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๘๐

ส่วนความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ตอบผิดมากที่สุด ๓ ลำดับแรก คือ ภาวะตกเลือดหลังคลอดคือมีการเสียเลือดทางช่องคลอดมากกว่า ๕๐๐ CC หลังจากรกคลอด คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๑๖ รองลงมา หญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการคลอดบุตร คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๕๒ และอายุครรภ์ที่เหมาะสมที่จะคลอดควรอยู่ระหว่าง ๓๗ - ๔๐ สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๖๕ ตามลำดับ

๑.๒ ผลการประเมินความรู้ จำแนกตามระดับความเสี่ยง

เมื่อนำข้อมูลผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง มาจำแนกตามระดับความเสี่ยง โดยได้กำหนดเป็น ๓ ระดับ และแทนระดับความเสี่ยงด้วยสีต่างๆ ดังนี้

สีเขียว	หมายถึง ระดับความเสี่ยงต่ำ
สีเหลือง	หมายถึง ระดับความเสี่ยงปานกลาง
สีแดง	หมายถึง ระดับความเสี่ยงสูง

มีรายละเอียดของข้อมูลดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ ๑๓ แสดงผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ตามระดับความเสี่ยง

ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์	กลุ่มตัวอย่าง (n=๓๑๐)			
	ตอบถูก (คน)	ร้อยละ	ตอบผิด (คน)	ร้อยละ
๑. ช่วงอายุที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ คืออายุ ๑๗ ปีขึ้นไป และไม่เกิน ๓๕ ปี				
พนักงานสุขภาพชุมชน (พสข.)	๒๐	๖.๔๕	๐	๐
ครูอาสาสมัคร	๒๓๐	๗๔.๒๐	๐	๐
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๕๘	๑๘.๗๐	๒	๐.๖๕
รวม	๓๐๘	๙๙.๓๕	๒	๐.๖๕
๒. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรเข้ารับการประเมินความเสี่ยงเฉพาะครรภ์แรกเท่านั้น				
พนักงานสุขภาพชุมชน (พสข.)	๒๐	๖.๔๕	๐	๐
ครูอาสาสมัคร	๒๓๐	๗๔.๒๐	๐	๐
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๕๑	๑๖.๔๕	๙	๒.๙๐
รวม	๓๐๑	๙๗.๑๐	๙	๒.๙๐
๓. แท้งมากกว่า ๒ ครั้ง มีโอกาสแท้งในครรภ์ถัดไป				
พนักงานสุขภาพชุมชน (พสข.)	๒๐	๖.๔๕	๐	๐
ครูอาสาสมัคร	๒๓๐	๗๔.๒๐	๐	๐
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๔๗	๑๕.๑๕	๑๓	๔.๒๐
รวม	๒๙๗	๙๕.๘๐	๑๓	๔.๒๐
๔. หากมีการตั้งครรภ์มากกว่า ๔ ครั้งขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงสูงทั้งแม่และลูก				
พนักงานสุขภาพชุมชน (พสข.)	๒๐	๖.๔๕	๐	๐
ครูอาสาสมัคร	๒๓๐	๗๔.๒๐	๐	๐
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๔๕	๑๔.๕๑	๑๕	๔.๘๓
รวม	๒๙๕	๙๕.๑๗	๑๕	๔.๘๓

ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของหญิง ตั้งครรภ์	กลุ่มตัวอย่าง (n=๓๑๐)			
	ตอบถูก (คน)	ร้อยละ	ตอบผิด (คน)	ร้อยละ
๕. ระดับความเสี่ยงปานกลาง ควรไปรับบริการที่ รพ. สต				
พนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.)	๒๐	๖.๔๕	๐	๐
ครูอาสาสมัคร	๒๓๐	๗๔.๒๐	๐	๐
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๔๑	๑๓.๒๒	๑๙	๖.๑๓
รวม	๒๙๑	๙๓.๘๗	๑๙	๖.๑๓
๖. ภายหลังจากรกลคลอดแล้วเลือดต้องหยุดไหลหรือ ซึมได้เล็กน้อย				
พนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.)	๒๐	๖.๔๕	๐	๐
ครูอาสาสมัคร	๒๓๐	๗๔.๒๐	๐	๐
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๓๓	๑๐.๖๔	๒๗	๘.๗๑
รวม	๒๘๓	๙๑.๒๙	๒๗	๘.๗๑
๗. ประวัติทางอายุรกรรมที่รุนแรง (สีแดง) เช่น โรค ระบบภูมิคุ้มกัน (SLE) โรคหัวใจ ฯลฯ				
พนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.)	๒๐	๖.๔๕	๐	๐
ครูอาสาสมัคร	๒๒๕	๗๒.๕๘	๕	๑.๖๑
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๓๖	๑๑.๖๒	๒๔	๗.๗๔
รวม	๒๘๑	๙๐.๖๕	๒๙	๙.๓๕
๘. อายุครรภ์ที่เหมาะสมที่จะคลอดควรอยู่ระหว่าง ๓๗ - ๔๐ สัปดาห์				
พนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.)	๒๐	๖.๔๕	๐	๐
ครูอาสาสมัคร	๒๓๐	๗๔.๒๐	๐	๐
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๒๗	๘.๗๐	๓๓	๑๐.๖๕
รวม	๒๗๗	๘๙.๓๕	๓๓	๑๐.๖๕
๙. หญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการคลอดบุตร				
พนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.)	๒๐	๖.๔๕	๐	๐
ครูอาสาสมัคร	๒๓๐	๗๔.๒๐	๐	๐
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๑๕	๔.๘๓	๔๕	๑๔.๕๒
รวม	๒๖๕	๘๕.๔๘	๔๕	๑๔.๕๒
๑๐. ภาวะตกเลือดหลังคลอดคือมีการเสียเลือดทาง ช่องคลอดมากกว่า ๕๐๐ CC หลังจากรกลคลอด				
พนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.)	๒๐	๖.๔๕	๐	๐

ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของหญิง ตั้งครรภ์	กลุ่มตัวอย่าง (n=๓๑๐)			
	ตอบถูก (คน)	ร้อยละ	ตอบผิด (คน)	ร้อยละ
ครูอาสาสมัคร	๒๒๓	๗๑.๙๔	๗	๒.๒๕
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๒๐	๖.๔๕	๔๐	๑๒.๙๑
รวม	๒๖๓	๘๔.๘๔	๔๗	๑๕.๑๖

จากตาราง พบว่า ความรู้การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ตอบถูกต้อง ๓ ลำดับแรก คือ (สีเขียว) ช่วงอายุที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์คืออายุ ๑๗ ปีขึ้นไป และไม่เกิน ๓๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๓๕ รองลงมา (สีเขียว) หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรเข้ารับการประเมินความเสี่ยงเฉพาะครรภ์แรกเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๑๐ และรองลงมา (สีเหลือง) แท้งมากกว่า ๒ ครั้ง มีโอกาสแท้งในครรภ์ถัดไป คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๘๐

ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ตอบผิดมากที่สุด ๓ ลำดับแรก คือ (สีแดง) ภาวะตกเลือดหลังคลอดคือมีการเสียเลือดทางช่องคลอดมากกว่า ๕๐๐ CC หลังจากรกคลอด คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๑๖ รองลงมา (สีเขียว) หญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการคลอดบุตร คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๕๒ และ(สีเขียว) อายุครรภ์ที่เหมาะสมที่จะคลอดควรอยู่ระหว่าง ๓๗ - ๔๐ สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๖๕ ตามลำดับ

จากนั้นจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์แบ่งกลุ่มตามระดับความเสี่ยง พบว่า

ความเสี่ยงสีเขียว ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ช่วงอายุที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์คืออายุ ๑๗ ปีขึ้นไป และไม่เกิน ๓๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๓๕ รองลงมา หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรเข้ารับการประเมินความเสี่ยงเฉพาะครรภ์แรกเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๑๐ รองลงมา อายุครรภ์ที่เหมาะสมที่จะคลอดควรอยู่ระหว่าง ๓๗ - ๔๐ สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๓๕ และหญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการคลอดบุตร คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๔๘

ความเสี่ยงสีเหลือง ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ตอบถูกมากที่สุด คือ แท้งมากกว่า ๒ ครั้ง มีโอกาสแท้งในครรภ์ถัดไป คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๘๐ รองลงมา หากมีการตั้งครรภ์มากกว่า ๔ ครั้งขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงสูงทั้งแม่และลูก คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๑๗ รองลงมา ระดับความเสี่ยงปานกลาง ควรไปรับบริการที่ รพ.สต คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๘๗ และภายหลังจากรกคลอดแล้วเลือดต้องหยุดไหล หรือซึมได้เล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๒๙

ความเสี่ยงสีแดง ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ประวัติทางอายุรกรรมที่รุนแรง เช่น โรคระบบภูมิคุ้มกัน (SLE) โรคหัวใจ ฯลฯ คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๖๕ และภาวะตกเลือดหลังคลอดคือมีการเสียเลือดทางช่องคลอดมากกว่า ๕๐๐ CC หลังจากรกคลอด คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๘๔

๒. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามระดับความรู้

ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามระดับความรู้ มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ ๑๔ แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

ระดับความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์	กลุ่มตัวอย่าง (n=๓๑๐)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง (ช่วงคะแนน ๘ - ๑๐)	๒๗๑	๘๗.๔๐
ความรู้ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน ๖ - ๗)	๓๐	๙.๗๐
ความรู้ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน ๐ - ๕)	๙	๒.๙๐

จากตาราง เมื่อพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๔๐ รองลงมาในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ ๙.๗๐ และในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ ๒.๙๐

๓. ข้อมูลความสามารถในการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง จำแนกตามความสามารถในการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่าง (n=๓๑๐)	สามารถในการใช้เกณฑ์การ ประเมินความเสี่ยง		ไม่สามารถในการใช้ เกณฑ์การประเมิน ความเสี่ยง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.)	๒๐	๖.๔๕	๐	๐
ครูอาสาสมัคร	๒๓๐	๗๔.๑๙	๐	๐
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๔๗	๑๕.๑๖	๑๓	๔.๒๐
รวม	๒๙๗	๙๕.๘๐	๑๓	๔.๒๐

จากตารางพบว่า ด้านความสามารถในการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สามารถใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง จำนวน ๒๙๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๘๐ และไม่สามารถใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง จำนวน ๑๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๒๐

สรุปผลการทดลองใช้

การทดลองใช้ ทดสอบ (try out) ในกลุ่มทดลอง ใช้วิธีการถ่ายทอดในรูปแบบการประชุม ซึ่งใช้วิธีการอธิบายในการถ่ายทอด ระยะเวลา ๖ ชั่วโมง ผลการประเมินพบว่า ไม่สามารถใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงได้ถูกต้อง จำนวน ๒ ราย ซึ่งอยู่ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เนื่องจากมีปัญหาด้านการอ่านและเขียนภาษาไทย ทำให้ไม่เข้าใจรายละเอียดเนื้อหา และวิธีการประเมินความเสี่ยงจากข้อจำกัดนี้ จึงนำไปสู่การปรับปรุงและแก้ไขในการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยเพิ่มระยะเวลาในการถ่ายทอดการใช้เกณฑ์ให้มากขึ้น ต้องคำนึงถึงการสื่อสาร อธิบายให้ชัดเจน และละเอียดมากยิ่งขึ้น

การทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการถ่ายทอดในรูปแบบการอบรมให้ความรู้ ทักษะ และวิธีการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งใช้การอธิบาย และการฝึกปฏิบัติเสมือนจริง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง

ได้เห็นภาพและวิธีการประเมินความเสี่ยงที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ใช้ระยะเวลา ๑๒ ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่ำในประเด็นที่มีความเสี่ยงสูง(สีแดง) เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ประวัติทางอายุรกรรมที่รุนแรง ซึ่งเป็นประเด็นที่จะต้องพัฒนาให้ความรู้ในเรื่องดังกล่าวมากขึ้นในโอกาสต่อไป ส่วนความสามารถในการใช้เกณฑ์ฯ ไม่สามารถใช้เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงได้ถูกต้อง จำนวน ๑๓ ราย ซึ่งอยู่ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๔. การประเมินความพึงพอใจ

การประเมินความพึงพอใจ ต่อการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พสข.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยผู้ประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วย พนักงานสุขภาพชุมชน (พสข.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งสิ้นจำนวน ๒๙๑ คน โดยผลการประเมินความพึงพอใจ มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ ๑๖ แสดงผลความพึงพอใจต่อการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

ข้อที่	รายการประเมิน	$\bar{X}$	S.D	การแปลผล
๑	ท่านมีความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการใช้เกณฑ์ฯ	๔.๓๐	.๕๐๙	มากที่สุด
๒	ท่านมีความเข้าใจเนื้อหาในการใช้เกณฑ์ฯ	๔.๗๙	.๔๖๓	มากที่สุด
๓	รูปภาพสื่อความหมายชัดเจน	๔.๖๓	.๕๒๔	มากที่สุด
๔	ภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย	๔.๘๔	.๔๘๖	มากที่สุด
๕	รูปแบบของเกณฑ์มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่	๔.๖๑	.๕๓๕	มากที่สุด
๖	ท่านมีความเข้าใจวิธีประเมินความเสี่ยงจากเกณฑ์ฯ	๔.๖๒	.๕๒๖	มากที่สุด
๗	เกณฑ์ฯทำให้การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์มีความสะดวกและรวดเร็ว	๔.๘๐	.๔๐๓	มากที่สุด
๘	ท่านมีความมั่นใจในการใช้เกณฑ์ฯ	๔.๘๓	.๔๒๘	มากที่สุด
๙	เกณฑ์เป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์	๔.๗๘	.๔๖๕	มากที่สุด
๑๐	ท่านมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อการใช้เกณฑ์ฯ	๔.๘๕	.๔๕๑	มากที่สุด

จากตาราง พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พสข.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยประเด็นที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ความพึงพอใจในภาพรวมในการใช้เกณฑ์ฯ มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ ๔.๘๕ รองลงมา คือ ภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ ๔.๘๔

บทที่ ๕

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ ถือเป็นโอกาสสำคัญที่จะพัฒนาแนวทางให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง เข้าถึงการประเมินความเสี่ยงมากขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง ของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เกณฑ์ฯ ใช้รูปแบบวิจัย และพัฒนา (Research and Development ; R & D) โดยเริ่มทำการวิจัยตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔ ขั้นตอนการดำเนินงานแบ่งออกเป็น ๓ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ ๑ การศึกษาปัญหา, ขั้นตอนที่ ๒ พัฒนาดัชนีแบบนวัตกรรมการปรับปรุงแก้ไข และขั้นตอนที่ ๓ ทดลองใช้และสรุปผล เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความสามารถในการใช้เกณฑ์ฯ ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ และความถี่

๑. สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยในขั้นตอนที่ ๑ พบว่า ในพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ มีกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง อาศัยอยู่ ๒ กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ กะเหรี่ยง และม้ง คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๕๘ จากประชากรทั้งหมดในอำเภออมก๋อย พบมากที่สุดเป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๓๗ ซึ่งในพื้นที่มีหญิงตั้งครรภ์ ๕๐๘ ราย ข้อมูลได้รับการฝากครรภ์ จำนวน ๓๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๙๔ โดยพบความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ จำนวน ๒๙๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๖๕ ไม่พบความเสี่ยง จำนวน ๓๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๓๕ และไม่ได้ฝากครรภ์ จำนวน ๑๗๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๐๖ ซึ่งพบเป็นหญิงตั้งครรภ์กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง จำนวน ๑๖๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๒๑ และกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง จำนวน ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๗๙ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้อาศัยและตั้งบ้านเรือนอยู่ห่างไกลจากสถานบริการสาธารณสุข ประกอบกับ การเดินทางมีความยากลำบาก จึงทำให้ไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยง จากข้อจำกัดนี้ จึงได้หาแนวทาง ที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงการประเมินความเสี่ยงมากขึ้น จึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด กับชุมชน ซึ่งได้แก่ พนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นให้แก่หญิงตั้งครรภ์ โดยได้ทดลองนำเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง ที่ใช้ในปัจจุบันซึ่งปรากฏอยู่ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ให้กลุ่มพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ศึกษาและทดลองใช้ พบว่า เนื้อหา มีหลักความเป็นวิชาการ ใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ ไม่มีรูปภาพประกอบให้เห็นถึงความเสี่ยง ซึ่งบุคคลทั่วไป ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ไม่เข้าใจในความหมายของเกณฑ์ อาจจะแปลความหมายไม่ถูกต้อง จึงเกิดการพัฒนาเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงร่วมกัน ในรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ให้มีเนื้อหา ที่เข้าใจง่าย สามารถนำไปใช้ประเมินความเสี่ยงในภาวะฉุกเฉินได้ โดยอ้างอิงจากสมุดบันทึกสุขภาพ แม่และเด็ก จึงพัฒนาเป็นเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับ พนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

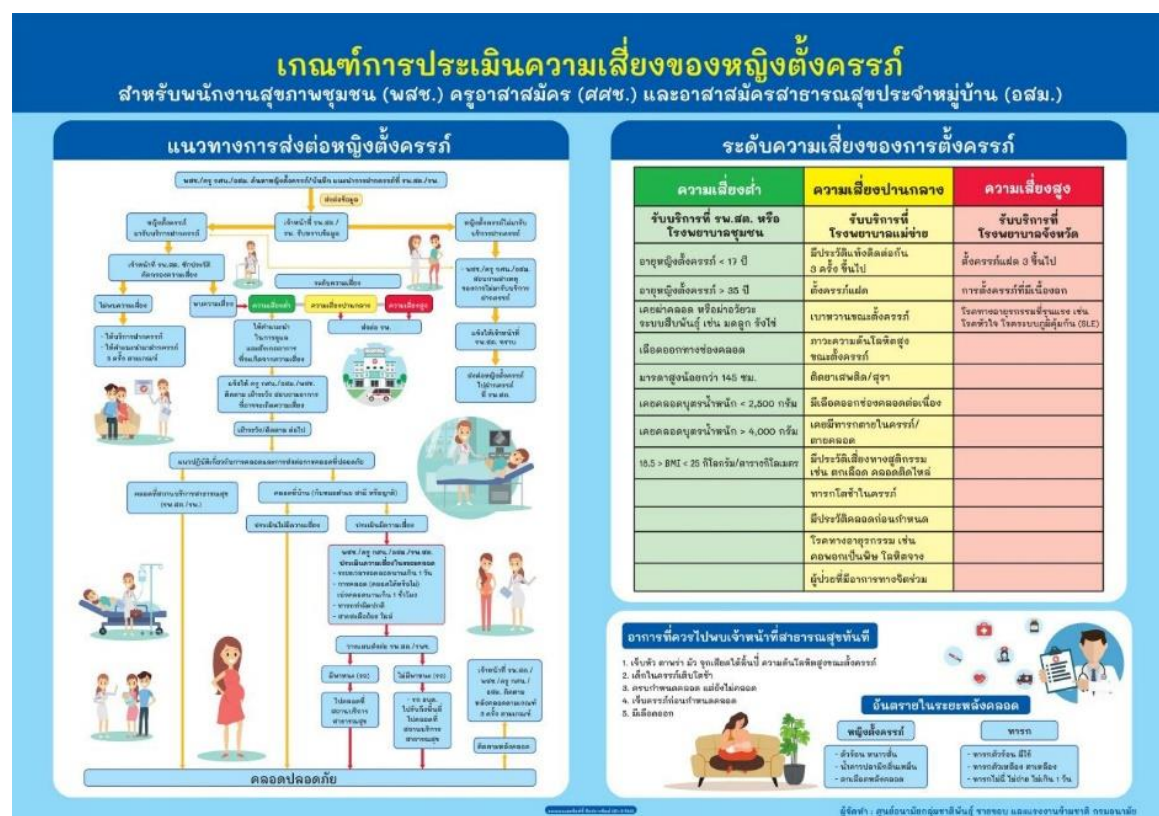
ขั้นตอนที่ ๒ จากการร่วมกันออกแบบเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์ บนพื้นที่สูง ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้งาน ต้องเป็นรูปแบบ “โปสเตอร์ ให้มีขนาดใหญ่” เพื่อง่ายต่อการใช้งาน จึงได้พัฒนาออกมาเป็นรูปแบบเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร

และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็น “โปสเตอร์” (ขนาด A๒ = ๔๒ x ๕๙.๔ ซม.) มีจำนวน ๒ แผ่น ประกอบด้วย

แผ่นที่ ๑ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต, ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

แผ่นที่ ๒ แนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์, ระดับความเสี่ยงของการตั้งครรภ์, อาการที่ควรไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที, อันตรายในระยะหลังคลอด

แผนภาพที่ ๑๒ เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง



ขั้นตอนที่ ๓ การทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ได้ดำเนินการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และวิธีการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงฯ ในรูปแบบการอบรม ซึ่งใช้การอธิบาย และการฝึกปฏิบัติเสมือนจริง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นภาพและวิธีการประเมินความเสี่ยงที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ใช้ระยะเวลา ๑๒ ชั่วโมง

ผลประเมินความรู้ พบว่า กลุ่มพนักงานสุขภาพชุมชน มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ตอบถูกทุกระดับความเสี่ยง (เขียว เหลือง แดง) คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ กลุ่มครูอาสาสมัครตอบผิดในระดับความเสี่ยง(สีแดง)ในหัวข้อที่ ๑๐ ภาวะตกเลือดหลังคลอดคือมีการเสียเลือดทางช่องคลอดมากกว่า ๕๐๐ CC หลังจากรกคลอด คิดเป็นร้อยละ ๓.๐๔ และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตอบผิดทุกระดับความเสี่ยง (เขียว เหลือง แดง) ตอบผิดมากที่สุดในระดับความเสี่ยง(สีแดง) หัวข้อที่ ๑๐ ภาวะตกเลือดหลังคลอดคือมีการเสียเลือดทางช่องคลอดมากกว่า ๕๐๐ CC หลังจากรกคลอด คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๖๖

ผลประเมินความสามารถในการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ๓๑๐ ราย สามารถใช้เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงได้ถูกต้อง จำนวน ๒๙๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๘๐ และพบกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถใช้เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงได้ถูกต้อง จำนวน ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๒๐ ซึ่งอยู่ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ความพึงพอใจต่อการใช้เกณฑ์ฯ มีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย (X) เท่ากับ ๔.๘๕ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ ๐.๔๕๑

๒. อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อค้นพบและข้อสังเกต ดังนี้

(๑) จากการศึกษาในขั้นตอนที่ ๑ พบว่า อำเภอมกนัยเป็นอำเภอที่มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาก ทั้งนี้เพราะ ถึงแม้ว่ามีหญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ ๓๓๕ ราย (ร้อยละ ๖๕.๙๔) จาก ๕๐๘ ราย พบความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ถึง ๒๙๗ ราย ทั้งนี้หากรวมกับหญิงที่ไม่ได้ฝากครรภ์อีก จำนวน ๑๗๓ ราย ซึ่งอาจมีความเสี่ยงด้วย จะทำให้มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมากถึง ๔๗๐ คน (ร้อยละ ๙๒.๕๒) ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงมาก ที่ควรเร่งดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

นอกจากนี้พบว่า หญิงที่ไม่ได้ฝากครรภ์ ๑๗๓ ราย นั้นเป็นหญิงกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง จำนวน ๑๖๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๒๑ และกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง จำนวน ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๗๙ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ส่วนใหญ่ไม่ได้ฝากครรภ์ และไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเดินทางไปรับบริการที่สถานพยาบาล การตั้งบ้านเรือนอยู่ในหุบเขา ห่างไกลจากสถานพยาบาล ถนนเป็นดินลูกรัง ช่วงฤดูฝน จึงมีความยากลำบากมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา ทะนันชัย. ๒๕๕๔ พบว่า ปัจจัยด้านภูมิประเทศส่งผลต่อการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ในการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาล เพราะลักษณะภูมิประเทศที่เป็นภูเขาสูงสลับซับซ้อน และยังมีภูเขาล้อมรอบ ส่งผลให้การคมนาคมหรือเส้นทางในการสัญจรมีความลำบาก ถนนเป็นดินลูกรังผสมกับหินภูเขา ในช่วงฤดูฝนจะมีความลำบากเพิ่มมากยิ่งขึ้น เพราะพื้นที่เป็นดินแดงมีความลื่นและพื้นที่เป็นภูเขาสูงและชันมาก จึงยากแก่การเดินทาง

(๒) เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ในปัจจุบันไม่เหมาะสมกับบริบทในถิ่นทุรกันดาร ในประเด็นเนื้อหาหลักความเป็นวิชาการ ไม่มีรูปภาพประกอบ เนื่องจากในพื้นที่ถิ่นทุรกันดาร ผู้ที่ใช้งานส่วนใหญ่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีการศึกษาในเรื่องการใช้เกณฑ์ฯ และการพัฒนาให้เหมาะสมกับพื้นที่ พบเพียงศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่นำเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ไปพัฒนาเป็นโปรแกรม

Maternal Near Miss ซึ่งใช้ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้วิจัยใช้เป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.), ครูอาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงได้พัฒนาออกมาเป็นรูปแบบโปสเตอร์ เน้นการสื่อสารด้วยภาพ และการใช้สีเพื่อสร้างการจดจำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ได้ถูกต้องถึงร้อยละ ๙๕.๘๐ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ด้วยภาพของอัลดัส เลโอนาร์ด ฮักซลีย์ ที่ว่าการรับรู้ทางจักษุตาสามารถรับรู้ได้ชัดเจน และเข้าใจความหมายของภาพทั้งหมด การมองเห็นภาพได้ดีเพราะภาพนั้นมีลักษณะเด่นอาจจะด้วยภาพที่สื่อและการใช้สี ซึ่งจะดึงดูดความสนใจของกลุ่มเป้าหมายได้ดี จดจำอยู่กับสิ่งนั้นได้ยาวนาน

(๓) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยอาศัยผู้ที่อยู่ในชุมชน และใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด เป็นแกนหลักในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน ได้แก่ พนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถนำมาสู่การทบทวนเพื่อแก้ไขปัญหายหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ได้ตรงจุด และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรอนงค์ บัวลา และณิษฐา นันทบุตร.๒๕๖๓ พบว่า ศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ส่วนใหญ่ได้รับการฝากครรภ์

(๔) การประเมินผลพบว่า ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยเฉพาะในประเด็นความรู้ที่เป็นความเสี่ยงสูง (ระดับสีแดง) เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ประวัติทางอายุรกรรมที่รุนแรง และนอกจากนี้ ยังไม่สามารถใช้เกณฑ์ในการประเมินความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของระนอง เกตุดาว และคณะ.๒๕๖๔ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายชุมชน ยังขาดความรู้ทักษะในการตรวจคัดกรองประเมินความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ ตลอดจนมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เบื้องต้น รวมถึงการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และมีโรคร่วมทางอายุรกรรม ซึ่งประเด็นความรู้ดังกล่าวจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้กลุ่มที่มีบทบาทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ให้มีความรู้ในเรื่องดังกล่าวมากขึ้นในอนาคตต่อไป

๓. ข้อเสนอแนะ

๓.๑ ข้อเสนอแนะจากการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

- เสนอให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้อำเภออมก๋อย ควรส่งเสริมให้มีการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และควรมีการประเมินผลหลังการใช้

- ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ร่วมกับ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่ ร่วมกันพัฒนาเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง โดยการนำข้อสังเกต ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ นำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

๓.๒ ข้อเสนอเชิงนโยบาย

กรมอนามัย ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้จังหวัดเชียงใหม่ เสริมบทบาทให้ พนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทและส่วนร่วมในการดูแล และประเมินความเสี่ยงให้กับหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนมากขึ้น

๓.๓ ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

- ควรปรับปรุงและพัฒนารูปแบบของเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ให้มีรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่จะทำการศึกษาวิจัย เช่น วิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอด มีรูปภาพประกอบที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม และบริบทของพื้นที่ รวมถึงภาษาที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบควรเป็นภาษาท้องถิ่นของพื้นที่ในการวิจัย เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ควรพัฒนาเป็นเกณฑ์หรือคู่มือการประเมินความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ ให้กับหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ได้ด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

กองกิจการนิคมสร้างตนเอง และพัฒนาชาวเขา กลุ่มกิจการชาวเขา กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.ทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง ๒๐ จังหวัดในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ; ๒๕๕๙.

กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. พิมพ์ครั้งที่๑. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; ๒๕๖๑.

จินตนา ทอนฮามแก้ว. แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์: ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ๒๕๕๒.

ชวัลย์ เรืองประพันธ์.สถิติพื้นฐาน.ขอนแก่น: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ๒๕๓๙

ฐิติมา สุนทรสัจ.สรีรวิทยาของการตั้งครรภ์. ใน: เทธิญ ถิ่นธารา,ฐิติมา สุนทรสัจ(บรรณาธิการ). สติศาสตร์.สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์; ๒๕๔๖. ๓ - ๑๕.

ชุมพล เสมอพันธ์. รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D).วารสารวิทยาศาสตร์.๒๕๕๒; ปีที่ ๑๐ มกราคม – ธันวาคม: ๙๗ – ๑๐๔

ปัทมา ทะนันชัย. การทำคลอดโดยหมอดำแยในชนเผ่ากะเหรี่ยง บ้านซอแอะ หมู่ที่ ๑๒ ตำบลแม่ตืน อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาตามหลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิต(บัณฑิตอาสาสมัคร).กรุงเทพฯ: สำนักบัณฑิตอาสาสมัคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๕๔.

ปรีชา วณิชเศรษฐกุล. ตำราสูติศาสตร์การตั้งครรภ์แรก และการคลอดปกติ:พิมพ์ครั้งที่๑. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บริษัทบุ๊คเน็ทจำกัด; ๒๕๔๖.

พิทักษ์พงษ์ พรณพราว. การจัดการเชิงรุกในการใช้บัตรสุขภาพแม่และเด็กของการฝากครรภ์ครั้งแรก (ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์). วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. ๒๕๕๖; ปีที่ ๑๒ ฉบับที่๑: ๗๗ – ๘๖.

รติยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยพร พรหมแก้ว, ดาลิมา สำแดงสาร และดลปัญญ์ ทรงเลิศ.กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ.วารสารเทคโนโลยีภาคใต้.๒๕๖๑; ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๑: ๒๓๑ - ๒๓๘.

ระนอง เกตุดาว, ปาริชาติ สาขามุละ และฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง.การพัฒนากระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงรูปแบบอุดร ๗ ขั้นตอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ๒๕๖๔; ปีที่ ๑๔ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม – สิงหาคม: ๒๓๙ – ๒๔๖.

รศ.ดร.ประสิทธิ์ สิริพันธ์. การวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหสุขภาพ ปรับฐานการวิจัย แนวคิดและกระบวนการปฏิบัติการการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.พิมพ์ครั้งที่๑.๒๕๖๗.

วาทีนี้ คุ่มแสง. ศึกษาชุมชนในศูนย์พัฒนาโครงการหลวงหนองหอย ตำบลแม่แรม อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่.เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; ๒๕๕๔.

วีไลวรรณ เจนการ, เดชา ทำดี และวราภรณ์ บุญเชียง. บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่.พยาบาลสาร.๒๕๖๓; ปีที่ ๔๗ ฉบับที่ ๔: ๑๕๔ – ๑๖๖.

ศิริพงษ์ สวัสดิ์มงคล. ตำราสูติศาสตร์การฝากครรภ์. พิมพ์ครั้งที่๑. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บริษัทฟิลิปปิงจำกัด; ๒๕๔๘.

ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. ทักษะทางการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์. พิมพ์ครั้งที่๑. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บริษัทยุทธินทรการพิมพ์จำกัด; ๒๕๕๓.

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม. ๒๕๖๓. สืบค้นจากเมื่อวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๓; จาก <https://hhdclampang.anamai.moph.go.th:๘๐๘๐/hhdcdashboard/>

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ ๗. พิมพ์ครั้งที่๑. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์ขอนแก่นการพิมพ์; ๒๕๖๓

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.ระบบคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์เชิงรุก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๒. สืบค้นจากเมื่อวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๓; จาก <http://savemom.anamai.moph.go.th/Dashboard>

อัลดัส เลโอนาร์ด ฮักซลีย์.ทฤษฎีการรับรู้ด้วยภาพ.วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์(มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์).๒๕๕๙; ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม – สิงหาคม: หน้า๑๗๓ – ๑๗๙

อุ๋นใจ กอนันตกุล.การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันรักษา.สูตินรีแพทย์ สัมพันธ์. ๒๕๖๒; ปีที่ ๒๘ ฉบับที่ ๑: ๘ – ๑๕

อรอนงค์ บัวลา และชนิษฐา นันทบุตร. ศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์โดยชุมชนเป็นฐาน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ๒๕๖๓; ปีที่ ๒๘ ฉบับที่๒ เม.ย. – มิ.ย.: ๑๖ - ๒๖.

Bloom, B.S. (Ed.). Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H., Krathwohl, D.R. (๑๙๕๖). Taxonomy Of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain. New York: David McKay Co Inc.

Gupton, A, Heaman, M, & Cheung, L. W. K (๒๐๐๑). Complicated and uncomplicated pregnancies: women's perception of risk. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, ๓๐(๒): ๑๙๒ - ๒๐๑.

Information and Communication Technology Center Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health: ๒๐๑๗ – ๒๐๒๖.

Sustainable development goals.(๒๐๑๖). Policy: Sustainable development goals for people and planet. Retrieved February: ๒๐๑๖

ภาคผนวก

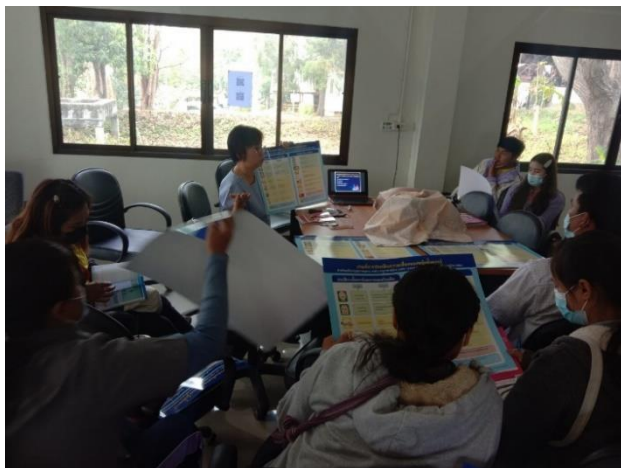
ภาคผนวก ก
รูปภาพกิจกรรม

รูปภาพที่ ๑ แสดงการมีส่วนร่วมในการออกแบบเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์





รูปภาพที่ ๒ ถ่ายทอดองค์ความรู้และวิธีการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหึงตั้งครรภ์





ภาคผนวก ข

เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (แผ่นที่ ๑)

ประกอบด้วย

๓. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต
๔. ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์

สำหรับพนักงานสุขภาพชุมชน (พช.) ครูอาสาสมัคร (ศสช.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต

	ความเสี่ยง	ผลกระทบ
	ทารกน้ำหนัก < 2,500 กรัม	- คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย - ทารกเจ็บโตช้าในครรภ์
	ทารกน้ำหนัก > 4,000 กรัม	- คลอดติดไหล่ ซึ่งจะทำให้ทารกพิการหรือเสียชีวิต
	ตกเลือดหลังคลอด	- เสียเลือด - เสียชีวิตจากการคลอด
	ครรภ์เป็นพิษ (ความดันโลหิตสูง)	- คลอดก่อนกำหนด - ชัก เลือดออกในสมอง
	ผ่าคลอด	- เสียเลือดมาก
	แท้ง > 2 ครั้ง ติดต่อกัน	- มีโอกาสแท้งในครรภ์ถัดไป

สีเขียว ระดับความเสี่ยงต่ำ : ควรไปฝากครรภ์ที่ รพ.สต./โรงพยาบาลชุมชน
สีเหลือง ระดับความเสี่ยงปานกลาง : ควรไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

	อายุขณะตั้งครรภ์ < 17 ปี (นับถึงวันกำหนดคลอด)
	อายุขณะตั้งครรภ์ > 35 ปี (นับถึงวันกำหนดคลอด)
	มีเลือดออกทางช่องคลอดระหว่างตั้งครรภ์
	ตั้งครรภ์แฝด
	- น้ำหนักขึ้นน้อยกว่า 1 กิโลกรัม/เดือน - ขนาดมดลูกไม่สัมพันธ์กับขนาดทารกในครรภ์
	มีความดันโลหิตสูง โดยความดันมากกว่า หรือเท่ากับ 140/90 mmHg
	ทารกในครรภ์อยู่ในท่าที่ผิดปกติ เช่น ท่าก้น หรือท่าขวาง (ตั้งแต่ 34 สัปดาห์เป็นต้นไป)
	ประวัติทางอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน คออักเสบเป็นพิษ โรคไต ฯลฯ
	ประวัติทางอายุรกรรมที่รุนแรง เช่น โรคระบบภูมิคุ้มกัน (SLE) โรคหัวใจ ฯลฯ

สีเขียว ระดับความเสี่ยงต่ำ : ควรไปฝากครรภ์ที่ รพ.สต. หรือ โรงพยาบาลชุมชน
สีเหลือง ระดับความเสี่ยงปานกลาง : ควรไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย
สีแดง ระดับความเสี่ยงสูง : ควรไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจังหวัด

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับพนักงาน
สุขภาพชุมชน (พสช.) ครูอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
เนื้อหาประกอบด้วย ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

๑. ผู้ใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง

- ☐ พสช.
☐ ครูอาสาสมัคร
☐ อสม.

๒. เพศ

- ☐ ชาย
☐ หญิง

๓. อายุ

- ☐ ต่ำกว่า ๑๕ ปี
☐ ๑๕ – ๒๔ ปี
☐ ๒๕ – ๓๔ ปี
☐ ๓๕ – ๔๔ ปี
☐ ๔๕ – ๕๔ ปี
☐ ๕๕ ปีขึ้นไป

๔. ระดับการศึกษา

- ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ
☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.๑ - ม.๓)
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๔ - ม.๖) /ปวช.
☐ อนุปริญญา/ปวส.
☐ปริญญาตรี
☐ปริญญาโท
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ ๒ แบบทดสอบความรู้ การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด
คำชี้แจง ให้ผู้ทำแบบทดสอบอ่านและพิจารณาว่าข้อความดังต่อไปนี้ถูกหรือผิด ถ้าถูกทำเครื่องหมาย ✓
และถ้าผิดทำเครื่องหมาย x ในช่องว่างหน้าข้อความ

๑.ช่วงอายุที่เหมาะสมต่อการคลอดบุตรคืออายุ ๑๗ ปีขึ้นไป และไม่เกิน ๓๕ ปี
๒.แท้งมากกว่า ๒ ครั้ง มีโอกาสแท้งในครรภ์ถัดไป
๓.หากมีการตั้งครรภ์มากกว่า ๔ ครั้งขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงสูงทั้งแม่และลูก
๔.หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการประเมินความเสี่ยงเฉพาะครรภ์แรกเท่านั้น
๕.ประวัติทางอายุรกรรมที่รุนแรง (สีแดง) เช่น โรคระบบภูมิคุ้มกัน (SLE) โรคหัวใจ ฯลฯ
๖.ระดับความเสี่ยงปานกลาง ควรไปรับบริการที่ รพ.สต
๗.อายุครรภ์ที่เหมาะสมที่จะคลอดควรอยู่ระหว่าง ๓๗ - ๔๐ สัปดาห์
๘.หญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการคลอดบุตร
๙.ภายหลังจากรกคลอดแล้วเลือดต้องหยุดไหลหรือซึมได้เล็กน้อย
๑๐.ภาวะตกเลือดหลังคลอดคือมีการเสียเลือดทางช่องคลอดมากกว่า ๕๐๐ CC หลังจากรกคลอด

ส่วนที่ ๓ แบบเก็บข้อมูลความสามารถในการใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มชาติพันธุ์
พื้นที่สูง (สำหรับนักวิจัย)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตัวเลือกตาม หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์
เกณฑ์การให้คะแนน

- | | | |
|----------------------------|---------|---------------------|
| ๑. ทำได้ทั้งสามข้อ | หมายถึง | ผลการประเมินผ่าน |
| ๒. ทำไม่ได้ทั้งสองข้อ | หมายถึง | ผลการประเมินไม่ผ่าน |
| ๓. ทำได้เพียงข้อใดข้อหนึ่ง | หมายถึง | ผลการประเมินไม่ผ่าน |

ความสามารถ	ได้	ไม่ได้	ผลประเมิน
สามารถอธิบายรายละเอียดของเนื้อหาเกณฑ์			☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน
สามารถอธิบายรายละเอียดขั้นตอนการส่งต่อ			
สามารถจัดกลุ่มระดับความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ได้			

