

การพัฒนาารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข Development of Prenatal Care Model Health Volunteer Network

จินตนา ทอนฮามแก้ว, วราวุธ กุลเวชกิจ, เรียมวรินทร์ พุทธกัลญา
Jintana Thonhamkaew, Warawut Kulwedchakit, Riamwarin Puttakallaya
โรงพยาบาลขอนแก่น
Khon Kaen Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ 3) ประเมินผลรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างคือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 70 คน 2) หญิงตั้งครรภ์ 10 คน ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ วางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อน เก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามวัดความรู้ แนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการ ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ สถิติ Paired Samples t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน ปัญหาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่มีระบบการติดตามและทะเบียนข้อมูล และขาดช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน 2) กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่ารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1.ระบบการค้นหาและติดตาม 2.การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข 3.การดูแลและให้คำปรึกษา 4.การประสานงานเครือข่าย 5.การติดตามและประเมินผล เกิดเครื่องมือเป็นแบบติดตามเฝ้าระวังดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุข นำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขไปปฏิบัติ และ 3) ประเมินผลลัพธ์ พบว่าหลังการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ความครอบคลุมการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 100 สรุปรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและเกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ข้อเสนอแนะ กระบวนการวิจัยนี้นำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่อื่นและปรับใช้กับงานที่มีลักษณะใกล้เคียง เพื่อพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การดูแลหญิงตั้งครรภ์, อาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

This action research aimed to: 1) study the situation of prenatal care, 2) develop a prenatal care model, and 3) evaluate the prenatal care model implemented by the health volunteer network. The sample groups consisted of: 1) 70 health volunteers and 2) 10 pregnant women. The research was conducted in 4 stages: planning, action, observation, and reflection. Data was collected using knowledge assessment questionnaire and focus group discussions. The study was conducted from October 2022 to June 2023. Quantitative data analysis compared mean knowledge scores using Paired Samples t-test, while qualitative data underwent content analysis.

The findings revealed: 1) Regarding the community prenatal care situation, problems identified included health volunteers lacking clear practical guidelines, absence of monitoring systems and data registration, and ineffective communication channels, which affected the quality of community prenatal care. 2) The development process of the prenatal care model by the health volunteer network resulted in a model comprising 5 components: 1. Search and monitoring system 2. Health volunteer capacity development 3. Care and counseling 4. Network coordination 5. Monitoring and evaluation. A pregnant women health monitoring form for health volunteers was developed and the model was implemented. 3) Outcome evaluation showed that after training, health volunteers' knowledge increased significantly ($p < 0.05$), and prenatal care coverage increased to 100%. In conclusion, the developed model enhanced health volunteers' capabilities and fostered community participation in prenatal care. Recommendation: This research process can be applied as a guideline for prenatal care in other areas and adapted for similar work to improve operational efficiency.

Keywords: Model Development, Prenatal Care, Health Volunteers

บทนำ

จากผลการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพมารดาและทารกในประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2564 - 2565 พบว่า อัตราเกิดไร้ชีพต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คนเป้าหมายไม่เกิน 9 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เท่ากับ 4.5 และ 4.9 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน เป้าหมายไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เท่ากับ 39.8 และ 25.9 สาเหตุการตายส่วนใหญ่มาจากการตกเลือดหลังคลอดที่เป็นผลมาจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์(วนิดา อุตตรนคร, 2563) อัตราการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีแนวโน้มสูงขึ้น สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566 นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560 -2569 ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิด และการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ได้ระบุว่า การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจะช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิดได้ถึง 7 เท่า ในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้ง โดยเพิ่มความถี่ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์เนื่องจาก พบอุบัติการณ์ทารกเกิดไร้ชีพ(Stillbirths)เพิ่มขึ้น ซึ่งมีสาเหตุมาจาก หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และไม่มาฝากครรภ์ตามนัด โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายฝากครรภ์คุณภาพ พ.ศ.2565 เพื่อให้สถานบริการได้ดำเนินการไปในแนวทางเดียวกัน

จากข้อมูลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2565(โรงพยาบาลขอนแก่น, 2565) ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ผลงานร้อยละ 72.34 หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ 8 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ผลงาน ร้อยละ 13.16 หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิกไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลงานร้อยละ 52.25 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางครั้งที่ 1 ไม่เกินร้อยละ 14 ผลงานร้อยละ 14.8 คลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7 ผลงานร้อยละ 9.02 หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ผลงานร้อยละ 40.41 จากการวิเคราะห์พบว่าชุมชนเมืองยังขาดการตระหนักในการฝากครรภ์ครั้งแรก มาฝากครรภ์ช้า ไม่มารับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ประชาชนไม่ได้อยู่ในพื้นที่จริง ทำให้มีปัญหาในการติดตามเยี่ยมหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่ได้ฝากครรภ์ในระบบฝากครรภ์ของภาครัฐ

ศูนย์แพทย์มิตรภาพเป็นสถานบริการในเขตเมือง พื้นที่รับผิดชอบ 14 ชุมชน ประชากร 14,835 คน เพศหญิง 7,605 คน เพศชาย 7,230 คน ประชากรมีการเคลื่อนย้ายเข้าออกบ่อย ในส่วนหญิงตั้งครรภ์ ศูนย์แพทย์มิตรภาพให้บริการคลินิกฝากครรภ์ในวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. มีสูติแพทย์มาตรวจในวันศุกร์ 1 คน พยาบาลประจำคลินิก 1 จากผลการดำเนินงานศูนย์แพทย์มิตรภาพปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ปัญหาที่พบคือ 1) ด้านหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (ฐิตาภร วงศ์ธีรกุล, 2562) ร้อยละ 74.1 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 75 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางครั้งที่ 1 ร้อยละ 27.9 หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 60 ข้อมูลอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ในปี พ.ศ.2564-2565 เท่ากับ อัตรา 23.4 และ 25.2 ต่อพัน เป้าหมายไม่เกิน 25 ต่อพัน ปัญหาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 42.9 ซึ่งมีสาเหตุจากการคลอดก่อนกำหนด มีภาวะซีดและการมาฝากครรภ์ช้า การติดตามหญิงตั้งครรภ์ยาก ติดต่оไม่ได้ ปัญหาด้านสุขภาพและมีโรคประจำตัว(สรภัญย์ ส่งเสริมพษ., 2566) 2) เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทเฝ้าระวังดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน(สุมาลี กลิ่นแมน, ธัญญธรณ์ รุจิรัตน์ธีรกุล, 2564) แต่ไม่รู้จะดำเนินการอย่างไรกับหญิง

ตั้งครรภ์ ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการประสานงานกับศูนย์แพทย์มีตรภาพ การส่งต่อข้อมูล มีน้อย และทำได้ล่าช้า ไม่มีช่องทางการสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว 3) ศูนย์แพทย์มีตรภาพ มีข้อจำกัดบุคลากรรับผิดชอบงานฝากครรภ์มีเพียง 1 คน วันและเวลาสำหรับให้บริการหญิงตั้งครรภ์มีเพียง 1 วันใน 1 สัปดาห์ ทำให้มีเวลาให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการได้น้อย (ศูนย์แพทย์มีตรภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น, 2566)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในเขตเมือง โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ที่ยังคงไม่ทั่วถึง การขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง (เพชร ทองแก้ว และคณะ, 2565) สิ่งเหล่านี้จึงเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน เพื่อยกระดับการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และป้องกันภาวะเสี่ยง(ดวงหทัย เกตุทอง, 2561) ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงได้ทำการศึกษาสำรวจโดยศึกษาในกลุ่มเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (สุมาลี กลิ่นแมน, ธัญญธรณ์ รุจิรัตน์ธีรกุล, 2564) ในการที่จะพัฒนาศักยภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นเครือข่ายที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด และเป็นกำลังสำคัญในการแก้ปัญหาสาธารณสุข อีกทั้งยังเป็นผู้มีความสามารถร่วมประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพชุมชนอื่นได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้กระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์, 2543) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (The Action Research) ตามแนวคิด ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนกลับ(Kemmis, Mc Taggart, 1988) เพื่อเป็นการส่งเสริมกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (อรอนงค์ บัวลา, ขนิษฐา นันทบุตร, 2563) ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (สุมาลี กลิ่นแมน, ธัญญธรณ์ รุจิรัตน์ธีรกุล, 2564) (ดวงหทัย เกตุทอง, 2561) ให้สามารถบรรลุผลลัพธ์และปัญหาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนเขตเมืองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 14 ชุมชนๆละ 5 คน จำนวน 70 คน

คุณสมบัติของ อสม.ในนำการศึกษา ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการเป็น อสม.อย่างน้อย 1 ปี 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 3) สามารถอ่านออกเขียนได้

คุณสมบัติของหญิงตั้งครรภ์การนำการศึกษา ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 3) สามารถอ่านออกเขียนได้

1.2 หญิงตั้งครรภ์จำนวน 10 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มารับบริการในช่วงระยะที่ศึกษา เดือนตุลาคม พ.ศ.2565 – มิถุนายน พ.ศ.2566

คุณสมบัติของหญิงตั้งครรภ์คัดออกจากกลุ่มเข้าศึกษา ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์เป็นโรคติดต่อร้ายแรง

2. ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมดตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 – มิถุนายน พ.ศ.2566

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis & McTaggart (1988) ประยุกต์กับแนวคิดการฝากครรภ์คุณภาพ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุข โดยช่วง เดือน ตุลาคม พ.ศ.2565 เป็นการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาข้อมูลเบื้องต้นประกอบการศึกษา ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อขออนุญาตดำเนินกิจกรรมในชุมชน หลังจากได้รับอนุญาตจากหน่วยงานต้นสังกัดแล้ว ได้ทำหนังสือขออนุญาตถึงประธานชุมชน/หัวหน้าอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ทราบรายละเอียดโครงการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย ขั้นตอนในการวิจัยรายละเอียดในการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับของงานวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินงาน โดยการศึกษาประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์มิตรภาพ ทั้ง 14 ชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมายคืออาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชนละ 5 คน สัมภาษณ์เชิงลึกโดยลงไปที่ละชุมชนจนครบทุกชุมชน (เดือนตุลาคม พ.ศ.2565 – ธันวาคม พ.ศ. 2565)

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข โดยกลุ่มเป้าหมายอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้ง 70 คนชี้แจงอาสาสมัคร ขั้นตอนการดำเนินการ ทบทวนความเข้าใจอาสาสมัครต้องดูแลอะไรบ้าง โดยนำข้อมูลในระยะที่1 นำมาตกผลึกทางความคิด โดยการระดมสมอง แบ่งเป็นกลุ่ม 7 กลุ่ม แต่ละกลุ่มนำเสนอผลจากการระดมสมอง จากนั้นเสนอชุดความรู้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน มีการสาธิตการดูแลหญิงตั้งครรภ์ แล้วร่วมกันสรุปเป็นภาพรวมให้ได้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (เดือน มกราคม- กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566) จากนั้นนำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้ นำมาปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 14 ชุมชน (เดือน มีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ.2566)

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ การเพิ่มขึ้นของผลงานของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละความครอบคลุมให้การฝากครรภ์ ร้อยละการฝากครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ (เดือน มิถุนายน พ.ศ.2566)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยประยุกต์ข้อคำถามจากคู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากร

1. แบบสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ 20 ข้อ โดยทำการวัดความรู้ก่อนเข้ากระบวนการ และหลังเข้ากระบวนการ

2. แนวทางการสนทนากลุ่มและแนวทางการสังเกตเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ที่มีประสบการณ์ในการวิจัยและรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กคือ สุธิตา-นรีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดหอผู้ป่วยสูติกรรม1 และ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญงานวิจัย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อตรวจสอบเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องของรูปแบบสัมภาษณ์ ความชัดเจนของการใช้ภาษา เพื่อความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ และดำเนินการพิจารณาเป็นรายข้อ ตรวจสอบ

ความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) ซึ่งคุณภาพของเครื่องมือได้ข้อคำถามรายข้อที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไป ถือว่า มีความเที่ยงตรง จึงนำเครื่องมือวิจัยที่ปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญไปทำการทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์มิตรภาพ จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ หาค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ใช้วิธี KR-20 (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยหรือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อน-หลัง พัฒนาระบบวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Samples t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ และ ขั้นตอนในการวิจัย รายละเอียดในการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับของงานวิจัย วิธีการขั้นตอน ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย ความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย สิทธิการปฏิเสธการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามความสมัครใจและสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา และได้รับบริการตามปกติและได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

ระยะที่1 สถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข

ผลการวิจัยสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในเขตชุมชนของศูนย์แพทย์มิตรภาพ ซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิภายใต้โรงพยาบาลขอนแก่น พบปัญหาหลายด้านที่เกี่ยวข้องกับระบบ ซึ่งประชากรมีการเคลื่อนย้ายอยู่ตลอดเวลา ในด้านอาสาสมัครสาธารณสุข ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และการติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ บางครั้งไม่ทราบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ ไม่มีการทำทะเบียนข้อมูลหญิงตั้งครรภ์บางรายไม่สามารถติดต่อได้ ทำให้ข้อมูลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ถูกส่งต่อเพียงเล็กน้อย และไม่มีช่องทางสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว ส่งผลให้การติดตามหญิงตั้งครรภ์เป็นไปได้ยาก ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการประสานงานกับศูนย์แพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขยังขาดความรู้ความเข้าใจในการติดตามหรือให้คำแนะนำการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในด้านหญิงตั้งครรภ์ไม่มีความรู้และความเข้าใจเพียงพอในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสะท้อนได้จากปัญหาภาวะซีดและการฝากครรภ์ล่าช้า ส่งผลให้เกิดปัญหาคลอดก่อนกำหนด พบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 1 ราย

ระยะที่2 การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข

1. โดยกลุ่มเป้าหมายอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้ง 70 คน ได้มีการจัดกระบวนการประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมโดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 7 กลุ่ม ทุกกลุ่มวางแผนเพื่อจัดรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน โดยมีการเชื่อมโยงประเด็นปัญหาที่พบ เพื่อสรุปรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนี้

1.1 การจัดระบบการค้นหาและติดตามการค้นหาเชิงรุก การจัดทำระบบสำรวจและค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกในชุมชน การจัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขลงพื้นที่เยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน การสร้างเครือข่ายการแจ้งข้อมูลในชุมชน (ผู้นำชุมชน ครอบครัว) การพัฒนาระบบ

การรายงาน และจัดทำทะเบียนข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน กำหนดระบบการรายงานที่ชัดเจนระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์แพทย์ และเทศบาล, สร้างช่องทางการสื่อสารหลายช่องทาง (โทรศัพท์ ไลน์)

1.2 การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข การอบรมให้ความรู้พื้นฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองภาวะเสี่ยงเบื้องต้น สื่อและเครื่องมือสนับสนุน, จัดทำคู่มือการดูแลหญิงตั้งครรภ์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข แผ่นพับ โปสเตอร์ให้ความรู้ แบบฟอร์มการติดตามและประเมินผล ได้เครื่องมือเป็นแบบติดตามเฝ้าระวังดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสร้างขึ้นเป็นแนวทางเน้นย้ำช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลและตรวจสอบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นของการตั้งครรภ์จนถึงการคลอด ครอบคลุมในหลายด้าน เช่น การติดตามการฝากครรภ์คุณภาพ 8 ครั้ง การตรวจร่างกาย การคัดกรองโรคต่างๆ การให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการ การดูแลตัวเองในระหว่างการตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังและแจ้งเตือนหากพบสัญญาณที่ไม่ปกติ

1.3 การดูแลและให้คำปรึกษา การดูแลทั่วไป การติดตามการฝากครรภ์ตามนัด การให้คำแนะนำด้านโภชนาการและการปฏิบัติตัว สังเกตอาการผิดปกติเบื้องต้น การดูแลกรณีพิเศษ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง (แม่วัยรุ่น ฐานะยากจน) ประสานส่งต่อกรณีพบความเสี่ยง ให้การสนับสนุนทางสังคมตามความจำเป็น

1.4 การประสานงานเครือข่ายภายในระบบสุขภาพ ประสานงานกับศูนย์แพทย์มิตรภาพ เชื่อมโยงข้อมูลกับเทศบาล ระบบส่งต่อกรณีฉุกเฉิน ประสานผู้นำชุมชนเพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน

1.5 การติดตามและประเมินผล โดยจัดทำระบบข้อมูลและการรายงานผล ประชุมทบทวนผลการดำเนินงานที่พัฒนา และปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง

2. นำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้ และเครื่องมือแบบติดตามเฝ้าระวังดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และ คู่มือดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุข นำมาปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน 14 ชุมชน ดังนี้

2.1 การค้นหาเชิงรุกโดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข สสำรวจและค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขลงพื้นที่เยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน, สร้างเครือข่ายการแจ้งข้อมูลในชุมชน (ผู้นำชุมชน ครอบครัว) จัดทำทะเบียนข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ ระบบการรายงานที่ชัดเจนระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์แพทย์ และเทศบาล สร้างช่องทางการสื่อสารหลายช่องทาง (โทรศัพท์ ไลน์)

2.2 จัดทำคู่มือการดูแลหญิงตั้งครรภ์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข แผ่นพับ โปสเตอร์ให้ความรู้ ใช้แบบฟอร์มการติดตามเฝ้าระวังดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุข และประเมินผล และจากผลการอบรมให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน ข้อมูลจากแบบสอบถามเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในการอบรม ดังนี้

2.3 การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข การอบรมให้ความรู้พื้นฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองภาวะเสี่ยงเบื้องต้น มีดังนี้

2.3.1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.3 ด้านอายุ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 40-60 ปี ร้อยละ 85.7 และมีอายุเฉลี่ย 50.5 ปี ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนมากระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.4 รองมาเป็นมัธยมศึกษา ร้อยละ 27.1 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	11	15.7
หญิง	59	84.3
2. อายุ		
อายุน้อยกว่า 40 ปี	4	5.7
อายุ 40-60 ปี	60	85.7
อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป	6	8.5
อายุเฉลี่ย 50.53 ปี (SD.= 7.2) (อายุต่ำสุด 35 ปี, อายุสูงสุด 68 ปี)		
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	43	61.4
มัธยมศึกษา	19	27.1
อนุปริญญา	5	7.2
ปริญญาตรี	3	4.3

2.3.2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้ากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า คะแนนระหว่างก่อนเข้ากระบวนการและหลังเข้ากระบวนการพัฒนา สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้ากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข

ความรู้	\bar{X}	SD	mean diff	t	P
ก่อนเข้ากระบวนการพัฒนา	12.19	2.04			
หลังเข้ากระบวนการพัฒนา	14.13	1.87	1.94	10.75	0.000*

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในหลายด้านหลังจากการดำเนินงาน พบว่า มีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน 14 ชุมชน เพิ่มขึ้น เดิมมีหญิงตั้งครรภ์ 3 คน เพิ่มมา 7 คน รวมเป็นหญิงตั้งครรภ์ 10 คน ความครอบคลุมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 การฝากครรภ์ < 12 สัปดาห์ ร้อยละ 70 คลอดก่อนกำหนด จำนวน 2 คน ร้อยละ 20 (กรณีคลอดก่อนกำหนด คนแรกเป็นแม่วัยรุ่นอายุ 15 ปีและคลอดลูกแฝด คนที่สอง มาฝากครรภ์ช้า) แม่วัยรุ่น จำนวน 2 คน ร้อยละ 20 และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม 1 คน ร้อยละ 10 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข

ผลลัพธ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความครอบคลุม	10	100.0
การฝากครรภ์ < 12 สัปดาห์	7	70.0
คลอดก่อนกำหนด	2	20.0
แม่วัยรุ่น	2	20.0
ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	1	10.0

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ผลลัพธ์การนำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ พบว่าหลังอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) จากคะแนนเฉลี่ย 12.19 เป็น 14.1 อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบที่พัฒนา ไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนได้ ครอบคลุมมากขึ้น (อรอนงค์ บัวลา และ ชนิษฐา นันทบุตร, 2563) ศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์โดยชุมชนเป็นฐาน จากผลการศึกษาพบว่าคนในชุมชน มีศักยภาพที่จะเรียนรู้และสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวและสมาชิกในชุมชนได้ รวมทั้งมีความสามารถในการจัดการและลดปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ (Nuntaboot, 2010) หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนมีการเชื่อมประสานในการ ดำเนินงานร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการพัฒนา ศักยภาพในการดูแลภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์โดยเฉพาะในราย

ผลลัพธ์การนำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ ในหญิงตั้งครรภ์ทำให้ ความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ทำให้รับรู้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เพื่อที่จะให้การดูแลสุขภาพให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้อง กับการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางและนวัตกรรม และการติดตามประเมินผลในการ ดำเนินการของเครือข่ายสุขภาพ สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และกระบวนการดำเนินงาน ออานามัยแม่และเด็กมีความยั่งยืน (ฐิตาภร วงศ์ธีรกุล, 2562) (สรภัญ ส่งเสริมพงษ์, 2566) ควรนำรูปแบบการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ เพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ครอบคลุม บรรลุตามนโยบาย เป้าหมายมาตรฐานงานอานามัยแม่และเด็ก

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ เพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้ครอบคลุม บรรลุตามนโยบาย เป้าหมายตามมาตรฐานอานามัยแม่และเด็ก
2. อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคลากรที่สำคัญในชุมชน ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้อาสาสมัคร สาธารณสุขได้เล็งเห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขมาดูแลหญิงตั้งครรภ์ทำให้เกิดความ ภาคภูมิใจ และมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น
3. เครื่องมือแบบติดตามเฝ้าระวังดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถ นำไปใช้หรือประยุกต์เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มเป้าหมายอื่นๆได้
4. ด้านการวิจัยควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การ ดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนา นำผลการศึกษาในครั้งนี้ไป พัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการการฝากครรภ์ให้ครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้ เสร็จสมบูรณ์ลงได้ ด้วยความกรุณาจาก ผู้บังคับบัญชาทุกระดับ อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อนร่วมวิชาชีพ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลขอนแก่น เจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์มิตรภาพทุกท่าน นายอนันต์ ทอนฮามแก้ว นักสาธารณสุขชำนาญการ และครอบครัว ที่เป็นกำลังใจกำลังกายทุกอย่างคอยช่วยเหลือ ส่งเสริมให้งานวิจัยนี้ขับเคลื่อนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถานการณ์การตายมารดาไทยระบบเฝ้าระวังการมารดาตาย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ. [เข้าถึงเมื่อ 2566 มกราคม 15]. เข้าถึงได้จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortality-ratio>
- ฐิตาภร วงศ์ศิริกุล. (2562). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ต่อการเพิ่มอัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่ง อำเภอบัว จังหวัดน่าน [อินเทอร์เน็ต]. น่าน: [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 13]. เข้าถึงจาก: [file:///C:/Users/Administrator/Downloads/10640-Article%20Text-16337-1-10-20210830%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Administrator/Downloads/10640-Article%20Text-16337-1-10-20210830%20(1).pdf)
- ดวงหทัย เกตุทอง. (2561). การใช้โปรแกรมเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 18]. เข้าถึงจาก: https://mwi.anamai.moph.go.th/web-upload/38x012f0575ae60054c957e56c3d727e971/202109/m_news/9004/206849/file_download/8d943f91f0a0ab8802c7b17db6de6618.pdf
- ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2543). เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากิจการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 14]. เข้าถึงจาก: <https://search.worldcat.org/th/title/683045519>
- เพชร ทองเผ่า และคณะ. (2565). ความรู้ทัศนคติและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. วารสารสภากาชาดพยาบาล, 28(1), 1-15.
- โรงพยาบาลขอนแก่น. (2565). สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ CUPโรงพยาบาลขอนแก่นรอบ 2 ปีงบประมาณ 2565. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
- โรงพยาบาลขอนแก่น. (2566). สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ CUPโรงพยาบาลขอนแก่นรอบ 2 ปีงบประมาณ 2566. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
- วนิดา อุตตรนคร. (2563). ประสิทธิภาพของรายการอาหารบำรุงเลือดต่อการเพิ่มความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(1), 6-3.
- วิทยา ทองดี และคณะ. (2564). รูปแบบการพัฒนาชุมชนสร้างสรรค์ด้วยกระบวนการทางเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อมสุขภาพะ ศิลปะ และการออกแบบเมืองขอนแก่น[อินเทอร์เน็ต]. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น: [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 18]. เข้าถึงจาก: <https://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>
- ศูนย์แพทย์มิตรภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น. (2566). Service profileกลุ่มงานเวชกรรมสังคมสรุปผลงาน. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.

- สรภัญ ส่งเสริมพงษ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัล[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: [เข้าถึงเมื่อ 2566 เมษายน 13]. เข้าถึงจาก: file:///C:/Users/Administrator/Downloads/14422-Article%20Text-27300-1-10-20230829%20(1).pdf
- สุมาลี กลิ่นแมน, ธัญธรณ์ รุจิรัตน์ธีรกุล. (2564). การพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์. วารสารศูนย์อนามัยที่9, 15(36), 7-5.
- อรอนงค์ บัวลา, ขนิษฐา นันทบุตร. (2563). ศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์โดยชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 28(2), 23- 31.
- Kemmis S, McTaggart R. (1988). The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University.
- Nuntaboot K. (2010). Community health system the collaborative process of 3major systems in the community. Nonthaburi: The Graphic Go Systems. [In Thai]
- World Health Organization. (2009). Milestones in Health promotion statements from global conferences [internet]. [cited 2022Oct 15]; Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70578/WHO_NMH_CHP_09.01_eng.pdf?sequence=1