

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงพิณ จังหวัดอุดรธานี

วรรณิ์ ครองยุติ, พ.ย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และ 2) เปรียบเทียบการรับรู้การป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดและภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงพิณ จังหวัดอุดรธานี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลและภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด โดยมีค่า CVI=1 การรับรู้การป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ค่าความเชื่อมั่น=0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired samples T-Test

ผลการวิจัย โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ดำเนินการใน 3 สัปดาห์ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะครรภ์เสี่ยง ผลกระทบ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ และกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ และ 3) การอบรมโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์ หลังพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.0 คะแนนการรับรู้การป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมากกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเพิ่มจาก 33.12 ± 2.19 เป็น 36.06 ± 3.28 คะแนนเพิ่มมากที่สุดคือเมื่อพบอาการเตือนและหยุดพัก 1 ชั่วโมงแล้วไม่ดีขึ้น จะพักต่อไปอีก 2 ชั่วโมงป้องกันคลอดก่อนกำหนด (จาก 3.37 ± 0.49 เป็น 3.66 ± 0.59) รองลงมาคือการหดตัวของมดลูกอย่างน้อย 5 ครั้งต่อชั่วโมง เป็นอาการเตือนคลอดก่อนกำหนด (จาก 3.31 ± 0.53 เป็น 3.63 ± 0.59) และอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคลอด ภาวะน้ำเดิน หรือภาวะเลือดออกคืออาการเตือนคลอดก่อนกำหนด (จาก 3.34 ± 0.48 เป็น 3.63 ± 0.49) ตามลำดับ ภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด พบว่าหลังพัฒนาโดยรวมมีภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100 โดยคะแนนภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยลดลง 8.41 ± 3.18 เป็น 4.91 ± 1.63

สรุป หลังดำเนินการโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงพิณ หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้การป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นในระดับสูงและมีภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดในระดับต่ำ

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกัน, การคลอดก่อนกำหนด

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

Effect of proactive health promotion program to preventive premature birth, Chiang Phin Health Promoting Hospital Udon Thani Province

Wantanee Krongyuti, B.N.S.*

Abstract

This quasi-experimental study aims to study 1) effectiveness of proactive health promotion program to prevent premature birth, and 2) comparison of preterm birth prevention and risks of pregnant women before and after receiving the program. in the Chiang Phin Health Promoting Hospital Udon Thani Province. Between August – September 2023. Research instrument was a questionnaire including personal characteristics and risk of preterm birth CVI=1, perception of prevention of preterm birth risk, reliability=0.85. Data was analyzed using descriptive statistics: frequency, percentages, mean, standard deviation and Paired samples T-Test.

The result showed that the proactive health promotion program to preventive premature birth Conducted in 3 weeks: 1) Educate about risk pregnancies, effects, actions to prevent preterm labor, 2) Educate about preterm labor at 32-36 weeks of gestation and school activities. parents, and 3) a training program on risk awareness for pregnant women. Perception of premature birth risk prevention After the operation was at a high level, 75.0% higher than before the operation, increasing from 33.12 ± 2.19 to 36.06 ± 3.28 with statistical significance ($p < 0.001$). The most common symptom was when the warning symptom is found and it does not improve after resting for 1 hour. to rest for another 2 hours preventing premature birth from 3.37 ± 0.49 to 3.66 ± 0.59 , followed by uterine contractions at least 5 times per hour. It was a warning sign of preterm birth from 3.31 ± 0.53 to 3.63 ± 0.59 and when there was a symptom of preterm labor, hydrocephalus or bleeding was a warning sign of preterm birth from 3.34 ± 0.48 to 3.63 ± 0.49 , respectively. The risk of preterm birth found that after the overall development, there was a low risk of preterm birth at 100%, risk for preterm birth decreased with statistical significance ($p < 0.001$) by decreasing 8.41 ± 3.18 to 4.91 ± 1.63 .

Conclusion: after implementing a proactive health promotion program to prevent premature birth Chiang Phin Subdistrict Health Promoting Hospital Pregnant women had a high level of perception of increased risk of preterm birth and a low level of risk of preterm birth.

Keyword: Health Promotion Program, Preventive, Premature birth

* Chiang Phin Health Promoting Hospital, Udon Thani Province

บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานอัตราการตายของทารกแรกเกิดต่อการเกิดมีชีพพันคนในกลุ่มประเทศ SEARO หรือกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบของไทยมีอัตราตายของทารกแรกเกิดต่อการเกิดมีชีพ 6.7 ต่อพันคน อยู่ลำดับที่ 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ต่ำที่สุดในภูมิภาคนี้ อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal mortality ratio, MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ทุกประเทศทั่วโลกมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของโลกในอีก 15 ปีข้างหน้าต้องลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี 2573¹ องค์การอนามัยโลกรายงานอัตราการตายของทารกแรกเกิดต่อการเกิดมีชีพพันคนในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบประเทศไทยมีอัตราตายของทารกแรกเกิดต่อการเกิดมีชีพ 6.7 ต่อพันคน อยู่ลำดับที่ 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนต่ำที่สุดในภูมิภาค²

สถานการณ์และสภาพปัญหาการคลอดก่อนกำหนด ยังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ที่โรงพยาบาลศิริราช พบการคลอดก่อนกำหนด มีเด็กน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม อัตรา 1% จาก 9 พันราย ต่อปี ส่วนเด็กที่คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ พบ 10-20% มีปัญหาทั้งพัฒนาการและการแทรกซ้อนระบบประสาท แนะนำณรงค์ให้เตรียมความพร้อมในแม่ ฝากครรภ์ตามแพทย์นัดเพื่อป้องกันผลกระทบบการคลอดก่อนกำหนด โดยภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ในการเสวนา "ลูกเกิดก่อนกำหนดต้องทรหดทั้งครอบครัว" ภายในงาน 72 ปี ที่ผ่านมามีพบว่า สถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดเมื่อเทียบกับต่างประเทศแล้ว พบว่ายังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยอยู่ และมีแนวโน้มจะรุนแรงขึ้น ซึ่งยอดคลอดก่อนกำหนดอาจจะมีมากกว่าที่ได้รับรายงาน เนื่องจากปัญหาต่างๆ เช่น ถิ่นทุรกันดารอาจจะมีการรายงานมาไม่ถึงส่วนกลาง ซึ่งพบปัญหาได้ทั้งในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม และวัยผู้ใหญ่เกิน 35 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ในประเทศไทยเด็กคลอดก่อนกำหนดสามารถรอดชีวิตได้สูงถึงกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ และหากเทียบความแข็งแรงของเด็กคลอดก่อนกำหนด และเด็กปกตินั้นจะขึ้นกับอายุครรภ์ กลุ่มที่อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ มีโอกาสเสี่ยงต่อความพิการในระยะยาว เช่น เดินไม่ได้ ภาวะเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท พัฒนาการ ซึ่งประเทศไทยแม้ว่าจะมีน้อยแต่เมื่อเทียบกับต่างประเทศก็ยิ่งถือว่าเรามีปัญหานี้มากกว่า โดยพบว่าแม่เด็กที่พบปัญหาดังกล่าวประมาณ 10-20% ซึ่งการพบอาการเร็วแพทย์จะทำการตรวจและส่งไปกระตุ้นในแผนกต่างๆ ก็สามารถแก้ไขได้มาก สำหรับช่วงเวลาที่เหมาะสมในการมีบุตร คืออายุ 20 ปีขึ้นไปจนถึง 35 ปี น้อยกว่าหรือมากกว่าที่กำหนดก็มีภาวะเสี่ยงด้วยกันทั้ง 2 ช่วง ซึ่งโรงพยาบาลศิริราชมีการทำคลอดปีละประมาณ 9,000 ราย ปัญหาที่พบคือ เด็กน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ประมาณ 10-11% และการคลอดก่อนกำหนดอายุ ต่ำกว่า 1,000 กรัม หรือประมาณปีละ 1% หากดูเป็นเปอร์เซ็นต์อาจจะดูน้อย แต่เมื่อนับเป็นยอดทั้งหมดจะเห็นว่ายังเป็นปัญหาสำคัญและต้องใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล³

สถานการณ์และสภาพปัญหาของงานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดอุดรธานี พบว่า ปีงบประมาณ 2563-2565 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 71.88, 80.19 และ 75.79 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่น้อยกว่า 60) การฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60) ร้อยละ 71.20, 72.23 และ 79.28 ถึงแม้ว่าจะผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ แต่ยังมีปัญหาจากการดำเนินงานคือ การเคลื่อนย้ายแรงงานและปัจจัยทางสังคม การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยพบการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มมากขึ้นมีผลทำให้ฝากครรภ์ช้าและไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ตรวจครั้งแรก ปีงบประมาณ 2563-2565 พบร้อยละ 17.14, 16.05 และ 14.64 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตรวจครั้งที่ 2 พบร้อยละ 9.90, 10.30 และ 11.49 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 18) หญิงคลอดได้รับการตรวจความเข้มข้นของเลือดเพื่อหาปริมาณเม็ดเลือดแดงในเลือด (Hct: Hematocrit) ในห้องคลอด

พบร้อยละ 9.92, 8.77 และ 10.46 อัตราการตาย 20.67, 14.29 และ 36.84 (เกณฑ์ไม่เกิน 20 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) โดยพบว่าสาเหตุการตายส่วนใหญ่จากภาวะตกเลือด (สาเหตุทางตรง) และโรคทางอายุรกรรม โดยเฉพาะโรคหัวใจและ ความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ (Pregnancy Induce Hypertention: PIH) (สาเหตุทางอ้อม) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁴

สภาพปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมา มีประเด็นสำคัญที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จพบว่า การติดตามประเมินและการส่งต่อมารดาทารกภาวะวิกฤตฉุกเฉินล่าช้า บุคลากรขาดประสบการณ์และทักษะในการประเมิน การดูแล ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน การเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานบ่อยทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน การบันทึกผลงานในระบบ 21/43 แฟ้มไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดความผิดพลาดของข้อมูลและได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในภาพรวม และความเข้าใจตรงกันในกระบวนการดำเนินงานที่มีคุณภาพ⁵ จากการศึกษา ภาวะเสี่ยงและพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างตั้งครรภ์ มีประวัติการแท้ง ความผิดปกติในการมองเห็นของทารกแรกเกิด ประวัติทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ส่วนผลกระทบทั้งทางตรง ได้แก่ การดูแลก่อนคลอดที่ไม่เพียงพอ การระบุถึงประวัติการเจริญพันธุ์ ลักษณะการทำงาน การออกกำลังกาย ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ และลักษณะของทารกในครรภ์ เชื้อชาติและอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป โดยพบปัจจัยผลกระทบทางอ้อม ได้แก่ ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม ด้านสถานะของครอบครัวและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์⁶⁻⁸

มาตรการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของบุคลากรทางการแพทย์ตามกระบวนการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องได้รับการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้บริการฝากตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการที่ดี มีมาตรฐานและคุณภาพสูง โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย (node) ได้มีการจัดอบรมให้แก่โรงพยาบาลลูกข่ายเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะทางด้านงานอนามัยแม่และเด็ก เกี่ยวกับคำแนะนำซึ่งใช้เป็นแนวทางสำหรับการดูแลภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้สอดคล้องกับคำแนะนำของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย กระบวนการบริการ 5 มาตรการ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ เพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมป้องกัน ภาวะเสี่ยง การบริการระยะก่อนคลอด การบริการระยะหลังคลอด การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน มาตรการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยการให้ความรู้ภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและมีการป้องกันตนเองจากภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด เช่น เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด อาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น และได้รับการดูแลตามมาตรฐานตามเกณฑ์ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์⁹ ในปีงบประมาณ 2565 อัตราการคลอดก่อนกำหนดบรรลุตามเป้าหมาย ร้อยละ 1.74 (เกณฑ์ร้อยละ 20) โดยพบว่าสาเหตุจากเจ็บครรภ์ร่วมกับน้ำเดิน ปากมดลูกเปิด >3 cm 100 %, Late preterm อายุครรภ์ 35-36 WKs ร้อยละ 16.7 ทารกน้ำหนัก 1,550-2,920 กรัม ร้อยละ 33.3, ตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ครรภ์แฝด ร้อยละ 25.0, ทารกท่าก้น (Breech presentation) ร้อยละ 16.7⁴

จังหวัดอุดรธานี ปัญหาทารกคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) ปีงบประมาณ 2560-2565 พบอัตราทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 9.8, 8.63, 9.00 และ 8.48 ซึ่งมากเกินเกณฑ์ (เกณฑ์ไม่เกิน 8 ต่อพันการเกิดทั้งหมด)¹⁰ เครือข่ายบริการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดอุดรธานี จึงได้มีโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในปีพ.ศ. 2563 เป็นต้นมาได้มีการพัฒนารูปแบบการ ดูแล ปัญหาที่พบบ่อยๆ ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีช่องทางในการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลให้สะดวกมากยิ่งขึ้น ย่อมส่งผลให้การดำเนินงานผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดี ได้มาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัดไม่ว่าจะรักษาในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางก็ตาม ทำให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัย ไว้วางใจในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขด้านงานสูตินรีเวชกรรม การอบรมครั้งนี้เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะทางด้านงาน

อนามัยแม่และเด็กในบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงาน บริการฝากครรภ์ การคลอด หลังคลอด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์ในการดูแลรักษาและการบริการสุขภาพสตรีในคลินิกฝากครรภ์ การคลอด หลังคลอด ให้สถานบริการทุกแห่ง¹¹

สถิติหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงพิณ ระหว่างปี 2563-2565 ฝากครรภ์จำนวน 99, 84, 74 คน คลอด จำนวน 114, 81, 68 คน และมีอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 10.53, 1.23, 2.94 ตามลำดับ ประเด็นสำคัญที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด คือ การติดตาม ประเมินและการส่งต่อมารดาทารกภาวะวิกฤตฉุกเฉินล่าช้า การบันทึกผลงานในระบบ 21/43 แฟ้มไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดความผิดพลาดของข้อมูลและได้ข้อมูล ไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาใน ภาพรวม พร้อมทั้งความเข้าใจในกระบวนการดำเนินงานที่มีคุณภาพในการดูแลรักษาและการบริการสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งการฝากครรภ์เป็นจุดเริ่มต้นแห่งการพัฒนาคุณภาพประชากร โดยเริ่มตั้งแต่ อยู่ในครรภ์ ให้การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นไปด้วยความราบรื่น มารดาและทารกปลอดภัย ปราศจาก ภาวะแทรกซ้อน และมีสุขภาพแข็งแรง

เพื่อนำข้อมูลและผลการดำเนินการตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อน กำหนด ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ในปีงบประมาณ 2565 ในวางแผนติดตามงานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ภาวะ เสี่ยง พัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพมาตรฐาน รวมถึงระบบการส่งต่อ เพื่อลดอัตราการคลอดก่อน กำหนด ลดจำนวนทารกน้ำหนักน้อย และลดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด เป็นการป้องกันหญิง ตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาถึง ผลของโปรแกรมการสร้าง เสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงพิณ จังหวัด อุดรธานี ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงพิณ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้การป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิง รุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) กิจกรรมโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์ 2) ลักษณะส่วนบุคคลของ หญิงตั้งครรภ์

ตัวแปรตาม คือ เปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนา ได้แก่ การรับรู้การป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อน กำหนด และภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) สถานที่ศึกษาคือ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงพิณ จังหวัดอุดรธานี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2566

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ หญิงตั้งครรภ์ทุกคน ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงพิณ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2566 ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 32 คน

เกณฑ์การคัดออก คือ หญิงตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า 18 ปี ที่มีภาวะตั้งครรภ์ซึ่งทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงตายสูงหรือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ในช่วงระยะเวลาศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก เนื้องอกในมดลูก มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ข้อมูลการรักษาที่จำเป็นสำหรับการศึกษาไม่ครบถ้วน ประกอบด้วย ประวัติอดีต ประวัติครรภ์ปัจจุบัน ประวัติทางอายุรกรรม ผลการประเมินความรุนแรงของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด การตรวจประเมินปากมดลูกและการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินการหดตัวของมดลูก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.1 เครื่องมือจัดกิจกรรม คือ คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงพิณ ที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการใน 3 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง คือ 1) หญิงตั้งครรภ์ ทำแบบสอบถามก่อนให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะครรภ์เสี่ยง ผลกระทบ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ร่วมกับกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ และมีการประเมินความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 3) จัดอบรมโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์

3.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามสำหรับหญิงตั้งครรภ์ มี 3 ส่วน จำนวน 58 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาของ อรพนิต ภูวษไกร และคณะ¹² เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ การศึกษา รายได้รวมของครอบครัว อาชีพ ลักษณะครอบครัว ผู้ที่อยู่อาศัยร่วม และผู้ดูแลช่วยเหลือ

ส่วนที่ 2 การรับรู้การป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์มาจากการศึกษาของ สุธานี บุณยเบญจเสถียร¹³ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดและมีการป้องกันตนเองจากภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด คำถามเช่น เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด อาจทำให้คลอดก่อนกำหนด อาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด และการหดตัวของมดลูกอย่างน้อย 5 ครั้งต่อชั่วโมง เป็นอาการเตือนคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ คือ รหัส 1=น้อยที่สุด ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1.00 – 1.70 ระดับน้อย 1.71 – 3.40 ระดับปานกลาง 3.41 – 5.00 ระดับมาก

ส่วนที่ 3 ภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางอายุรกรรม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8, 16, 17, 18, 19
2. ภาวะการตั้งครรภ์ทั้งอดีตและปัจจุบัน จำนวน 21 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 29, 31, 32, 33 และ 38
3. สุขภาพจิตสังคม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 36 และ 37
4. พฤติกรรมเสี่ยง จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 34, 35

เกณฑ์การให้คะแนนภาวะเสี่ยงรายข้อ คือ “มี” ให้รหัส 1 และ “ไม่มี” ให้รหัส 0 นิยามความหมาย คือ มี หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงในข้อความนั้น

ไม่มี หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ไม่มีปัจจัยเสี่ยงในข้อความนั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เพื่อให้เนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ถ้ามีความสอดคล้องผู้เชี่ยวชาญจะให้ค่าเป็น “+1” แต่ถ้าผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อสอบข้อนั้น ไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์จะให้ค่าเป็น “-1” และในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจว่าข้อสอบข้อนั้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่ก็จะให้ค่าเป็น “0” ทั้งนี้ค่า CVI ที่ยอมรับไว้ว่ามีค่า +1 ทุกข้อ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ และภาวะเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยจะนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) กับหน่วยบริการในอำเภอเมืองอุดรธานี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามมาพิจารณาเนื้อหาว่ามีความสอดคล้องไปในเรื่องเดียวกัน สำหรับแบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณและแบบช่วงทำการหาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ผลการตรวจสอบ คือ การรับรู้การป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ มีค่า reliability=0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired samples T-Test สำหรับวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนา ได้แก่ การรับรู้การป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด และภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC16666 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2566

ผลการศึกษา

โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงพิณ ดำเนินการ 3 ครั้ง ใน 3 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 (30 นาที) หญิงตั้งครรภ์ ทำแบบสอบถามก่อนให้ความรู้เป็นรายบุคคล (pretest) เกี่ยวกับภาวะครรภ์เสี่ยง ผลกระทบ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ครั้งที่ 2 (1 ชั่วโมง) ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ และมีการประเมินความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 1 ครั้ง

ครั้งที่ 3 (1 ชั่วโมง) จัดอบรมโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์ และมีการประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเสี่ยง โดยเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการ และให้เบอร์โทรศัพท์ของห้องคลอด ห้องฝากครรภ์ และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบคลินิกโรงเรียนพ่อแม่ ให้หญิงตั้งครรภ์ทำแบบสอบถาม หลังสิ้นสุดการอบรมให้ความรู้ (posttest) จำนวน 1 ครั้ง

ลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่อายุ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 81.2 (mean=25.53, SD=6.20, min 16: max 41) ตั้งครรภ์ 1 ครั้ง ร้อยละ 28.6 (mean=2.56, SD=1.16, min 1: max 5) อายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ย 33.41 สัปดาห์ (SD=7.02, min: 15, max: 39) มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์เฉลี่ย 13.18 สัปดาห์ (SD=3.02, min: 8, max: 18) จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 65.6 รายได้รวมของครอบครัว เฉลี่ย 6,593.75 บาทต่อเดือน (SD=1,093.91, min: 4,000, max: 10,000) อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.3 เป็นครอบครัวขยายอยู่บริเวณเดียวกัน ร้อยละ 87.5 อยู่กับครอบครัวตนเอง ร้อยละ 65.6 ผู้ดูแลช่วยเหลือขณะตั้งครรภ์เป็นสามี ร้อยละ 59.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ (N=32)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (mean= 25.53, SD= 6.20, min 16: max 41)		
ต่ำกว่า 20 ปี	6	18.8
20 ปีขึ้นไป	26	81.2
จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ (mean= 2.56, SD= 1.16, min 1: max 5)		
1 ครั้ง	10	28.6
2 ครั้ง	9	25.7
3 ครั้ง	8	22.9
4 ครั้ง	7	20.0
5 ครั้ง	1	2.9
อายุครรภ์ปัจจุบัน (mean= 33.41, SD= 7.02, min: 15, max: 39)		
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (mean= 13.81, SD= 3.02, min: 8, max: 18)		
จบการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	11	34.4
มัธยมศึกษา	21	65.6
รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (mean= 6,593.75, SD= 1,093.91, min: 4,000, max: 10,000)		
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	7	21.9
เกษตรกรกรรม	7	21.9
รับจ้าง	18	56.3
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	4	12.5
ครอบครัวขยายอยู่บริเวณเดียวกัน	28	87.5
ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วม		
ครอบครัวตนเอง	21	65.6
ครอบครัวสามี	9	28.1
อยู่กับสามี	2	6.3
ผู้ดูแลช่วยเหลือขณะตั้งครรภ์		
แม่	13	40.6
สามี	19	59.4

การรับรู้การป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.3 เป็น ร้อยละ 75.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้การป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ของหญิงตั้งครรภ์ (n=32)

ระดับการรับรู้	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับต่ำ (10 – 23.33 คะแนน)	0 (0.0)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง (23.34 – 36.66 คะแนน)	22 (68.8)	8 (25.0)
ระดับสูง (36.67 – 50 คะแนน)	10 (31.3)	24 (75.0)

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนการรับรู้เพิ่มมากที่สุดคือเมื่อพบอาการเตือนและหยุดพัก 1 ชั่วโมงแล้วไม่ดีขึ้นจะพักต่อไปอีก 2 ชั่วโมงป้องกันคลอดก่อนกำหนด (จาก 3.37 ± 0.49 เป็น 3.66 ± 0.59) รองลงมาคือ การหดตัวของมดลูกอย่างน้อย 5 ครั้งต่อชั่วโมง เป็นอาการเตือนคลอดก่อนกำหนด (จาก 3.31 ± 0.53 เป็น 3.63 ± 0.59) และเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคลอด (จาก 3.34 ± 0.48 เป็น 3.63 ± 0.49) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้การป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังพัฒนา (n=32)

การรับรู้การป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	Mean±SD	ระดับ	Mean±SD	ระดับ
1. ผู้ที่เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิดอาจทำให้คลอดก่อนกำหนดได้	3.31± 0.47	ปานกลาง	3.57±0.55	มาก
2. อาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด เช่น ปวดบั้นเอว ปวดล่างท้องน้อยคล้ายประจำเดือน	3.34±0.53	ปานกลาง	3.60±0.49	มาก
3. เมื่อพบอาการเตือน คือ หากยังไม่มีมูกปนเลือด น้ำคร่ำ หรือ มีเลือดออก ให้ปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ตัมน้ำ 1-2 แก้ว และหยุดพัก 1 ชั่วโมง	3.49±0.50	มาก	3.54±0.56	มาก
4. เมื่อมีอาการปัสสาวะแสบขัดขณะตั้งครรภ์ จำเป็นต้องไปโรงพยาบาลก่อนเวลานัดตรวจครรภ์	3.20±0.58	ปานกลาง	3.60±0.49	มาก
5. เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคลอด ภาวะน้ำเดิน หรือภาวะเลือดออกคืออาการเตือนคลอดก่อนกำหนด	3.34±0.48	ปานกลาง	3.63±0.49	มาก
6. เมื่อมีอาการเตือนรู้ว่าต้องจดบันทึกจำนวนครั้งของการหดตัวของมดลูก ปริมาณและลักษณะของน้ำคัดหลังจากช่องคลอด	3.17±0.61	ปานกลาง	3.54±0.56	มาก
7. ขณะตั้งครรภ์ได้งดการทำงานหนักและไม่เดินทางไกล	3.31±0.53	ปานกลาง	3.60±0.73	มาก
8. กระตุ้นหัตถ์นมหรือการเตรียมหัตถ์นมเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์	3.26±0.44	ปานกลาง	3.51±0.65	มาก
9. การหดตัวของมดลูกอย่างน้อย 5 ครั้งต่อชั่วโมง เป็นอาการเตือนคลอดก่อนกำหนด	3.31±0.53	ปานกลาง	3.63±0.59	มาก
10. เมื่อพบอาการเตือนและหยุดพัก 1 ชั่วโมงแล้วไม่ดีขึ้น จะพักต่อไปอีก 2 ชั่วโมงป้องกันคลอดก่อนกำหนด	3.37±0.49	ปานกลาง	3.66±0.59	มาก
รวม	33.12±2.19		36.06±3.28	

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังพัฒนาคะแนนการรับรู้มากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยเพิ่มจาก 33.12 ± 2.19 เป็น 36.06 ± 3.28 ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ก่อนและหลังการพัฒนา ของหญิงตั้งครรภ์ (n=32)

คะแนนการรับรู้	Mean	S.D	t	P-value
ก่อนพัฒนา	33.12	2.19	7.657	<0.001*
หลังพัฒนา	36.06	3.28		

*P-value>0.05, ใช้สถิติ Paired Sample T-Test

ภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด พบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 12.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 87.5 หลังพัฒนามีภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับต่ำ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังพัฒนา (n=32)

ระดับภาวะเสี่ยง	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับต่ำ (0 – 12 คะแนน)	28 (87.5)	32 (100.0)
ระดับปานกลาง (13 – 25 คะแนน)	4 (12.5)	0 (0.0)
ระดับสูง (26 – 38 คะแนน)	0 (0.0)	0 (0.0)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังพัฒนา คะแนนภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยลดลงจาก 8.41 ± 3.18 เป็น 4.91 ± 1.63 ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการพัฒนา ของหญิงตั้งครรภ์ (n=32)

คะแนนการรับรู้	Mean	S.D	t	P-value
ก่อนพัฒนา	8.41	3.18	7.33	$<0.001^*$
หลังพัฒนา	4.91	1.63		

*P-value>0.05, ใช้สถิติ Paired Sample T-Test

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. **โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงพิณ ดำเนินการใน 3 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง คือ 1) หญิงตั้งครรภ์ ทำแบบสอบถามก่อนให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะครรภ์เสี่ยง ผลกระทบ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้หญิงตั้งครรภ์เห็นดีชอบรับทราบ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ร่วมกับกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ และมีการประเมินความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 3) จัดอบรมโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์ โดยมีการศึกษาที่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม สถานะของครอบครัวและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ส่วนผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมของตัวแปรที่มีต่อผลลัพธ์ของการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การดูแลก่อนคลอดที่ไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง การบ่งบอกถึงประวัติการเจริญพันธุ์ ลักษณะการทำงานและการออกกำลังกาย ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ และลักษณะของทารกในครรภ์⁶⁻⁷ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา มณีโชติ และ นิจัสกร นังคลา¹⁴ ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่า รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย พยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ 1) ประเมินปัญหา 2) ประสานกับสูติแพทย์วางแผนการรักษา 3) วางแผนการพยาบาลร่วมกับหญิงตั้งครรภ์และสามี/ญาติ 4) ให้การพยาบาลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง 5) วางแผนจำหน่าย และ 6) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/Line และการศึกษาของ กรรณิกา เพ็ชรรักษ์ และคณะ¹⁵ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดในมารดาหลังคลอด พบว่า

การรับรู้การคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การรับรู้การป้องกันความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด หลังดำเนินการอยู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนดำเนินการ มากที่สุดคือเมื่อพบอาการเตือนและหยุดพัก 1 ชั่วโมงแล้วไม่ดีขึ้น จะพักต่อไปอีก 2 ชั่วโมงป้องกันการคลอดก่อนกำหนด รองลงมาคือ การหดรัดตัวของมดลูกอย่างน้อย 5 ครั้งต่อชั่วโมง เป็นอาการเตือนคลอดก่อนกำหนด และเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคลอด ภาวะน้ำเดิน หรือภาวะเลือดออกคืออาการเตือนคลอดก่อนกำหนด ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงพิณ แม้ว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดจะไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด แต่ประเด็นสำคัญที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด คือ การติดตามประเมินและการส่งต่อมารดาทารกภาวะวิกฤตฉุกเฉินล่าช้า การดูแล ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน การบันทึกผลงานในระบบ 21/43 แฟ้มไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดความผิดพลาดของข้อมูลและได้ข้อมูล ไม่ครบถ้วน และความเอาใจใส่ของผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ พร้อมทั้งความเข้าใจในกระบวนการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ในผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงพิณ จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ เพื่อเพิ่มการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดและมีการป้องกันตนเองจากภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด เช่น เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิดอาจทำให้คลอดก่อนกำหนด อาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธานี บุรณ์บุญเสถียร¹³ ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามมาตรการการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแม่จัน พบว่า มาตรการการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดที่นำมาใช้สามารถเพิ่มอัตราความครอบคลุม/ ถูกต้องแผนการจำหน่ายของคลินิกฝากครรภ์ อัตราความครอบคลุม/ถูกต้องการคัดกรองแผนการคลอด อัตราความครอบคลุมถูกต้องของการวินิจฉัยและการจำหน่ายของแผนกหลังคลอด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ รัศมี พิริยะสุทธิ์ และคณะ¹⁶ ศึกษาแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบว่า แนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง: หัวใจในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการผดุงครรภ์ มี 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ความต่อเนื่องของข้อมูล 2) ความต่อเนื่องของการจัดการ และ 3) ความต่อเนื่องของสัมพันธภาพ ร่วมกับใช้วงจรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยในระดับมาก คือ เนื้อหาที่มีความชัดเจน และมีประโยชน์ต่อหน่วยงานสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ ชลธิชา รักษาธรรม และคณะ¹⁷ ศึกษาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีอัตรากลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 20 และคลอด ร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีอัตราการกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 40 และคลอด ร้อยละ 100 และ กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติสามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนด (อายุครรภ์คลอดเฉลี่ย 38 สัปดาห์) แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ (อายุครรภ์คลอดเฉลี่ย 36 สัปดาห์) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด หลังพัฒนาโดยรวมมีภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดในระดับต่ำ ร้อยละ 100 ทั้งนี้เนื่องจากแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth prevention) จำเป็นต้องมีการประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ปัจจุบัน โดยการซักประวัติต่างๆ โดยเฉพาะประวัติของ prior spontaneous preterm birth เนื่องจากเป็นประวัติความเสี่ยงที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดซ้ำได้ จึงเป็นกลุ่มที่ควรจะได้รับ intervention ต่างๆ เพื่อป้องกัน preterm birth ดังนั้นในการศึกษานี้จึงการจัดกิจกรรมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก ในการบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ระยะก่อนคลอด เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงพิณ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการคุณภาพฝากครรภ์ เป็นแนวคิดระบบบริการคุณภาพ กล่าวคือ การอนามัยแม่และเด็กเป็นบริการสุขภาพพื้นฐานที่สำคัญ ของการพัฒนาคุณภาพประชากรซึ่งเริ่มตั้งแต่การดูแลครรภ์ เพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีคุณภาพ มารดาและเด็กแรกเกิดปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน และมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ต่อเนื่องถึงการให้การดูแลเด็กในช่วงปฐมวัย คือ เด็กแรกเกิด-5 ปี เพื่อให้เด็กเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างองค์รวม ทั้งสุขภาพทางกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา การที่แม่และเด็กแรกเกิดจะปลอดภัยจากการตั้งครรภ์และการคลอดนั้น ขึ้นกับการบริการสุขภาพและคุณภาพบริการที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล¹⁸ ปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมในการคัดกรองการคลอดก่อนกำหนดเพื่อศึกษาขนาดของปัญหา ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้เพื่อคัดกรองการคลอดก่อนกำหนด พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่แตกต่างกันมีนัยสำคัญ ได้แก่ มีประวัติการแท้งเองตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ครรภ์แฝด อายุ ≥ 35 ปี อายุน้อยกว่า 15 ปี ภาวะโลหิตจาง (Hematocrit < 33 %) ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 ก.ก./ตร.ม โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์และในทางคลินิกประวัติการคลอด ก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนหน้านี้ การศึกษาของพรศิริ เสนอธีร และคณะ¹⁹ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ พบว่า รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 1) การให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์แบบสหสาขาวิชาชีพ 2) การจัดระบบบริการพยาบาลโดยใช้ผู้จัดการรายกรณี 3) รูปแบบการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และ 4) การติดตามการดูแลต่อเนื่อง และการศึกษาของ อาทิตยา แก้วน้อย และคณะ²⁰ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พยาบาลควรสนับสนุนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้มีสมรรถนะแห่งตน และส่งเสริมให้สามีมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ตลอดจนควรลดอุปสรรคของการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรวางแผนเพิ่มการคัดกรองและเฝ้าระวังสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้มีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน
2. ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการวางแผนเพื่อให้การพยาบาลเพื่อการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ควรส่งเสริมให้ดำเนินการโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดขยายพื้นที่ในพื้นที่อื่นต่อไป
3. ควรร่วมกันดำเนินการโดยวิเคราะห์การดำเนินงานของเครือข่ายในชุมชน ด้วยกลวิธีดำเนินการโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพื่อเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้พลังขับเคลื่อนเครือข่ายในชุมชนซึ่งอาจมีกลุ่มหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์มีอยู่ในชุมชนและไม่มีบริการฝากครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ได้
4. ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป จากการศึกษาข้อมูลในด้านภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ที่สะท้อนถึงการมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และการติดเชื้อที่แปรปรวนหรือหลากหลายมากในกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการศึกษาในครั้งต่อไป ควรทำการจัดกลุ่มการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับภาวะเจ็บ

ครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้เป็นหมวดหมู่มากขึ้นหรือเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเพื่อลดความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างลงอันจะทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560-2564. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2565.
2. เจาะลึกระบบสุขภาพ Hfocus. ไทยมีอัตราการตายของทารกแรกเกิดต่ำที่สุดในภูมิภาค SEARO, 2019. [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org>
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดเป้าหมายหลักของการพัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์, 2565. [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://hp.anamai.moph.go.th>.
4. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC. ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์. โปรแกรม HDC, 2565. [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://neo.moph.go.th>
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “หญิงไทยตั้งครรภ์ทุกสิทธิ” มีสิทธิ “ฝากครรภ์คุณภาพ” กับกองทุนบัตรทอง. ข่าวประชาสัมพันธ์, 2565. [เข้าถึงเมื่อ 23 มีนาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/news/3484>
6. Kelkay B, Omer A, Teferi Y, Moges Y. Factors Associated with Singleton Preterm Birth in Shire Suhul General Hospital, Northern Ethiopia. Journal of Pregnancy Hindawi 2019: 1-9.
7. Oliveira AA, Almeida MF, Silva ZP, Assuncao PL, Silva AMR, Santos HG. Factors associated with preterm birth: from logistic regression to structural equation modeling. Cad. Saude Publica 2019; 35(1): 917-32.
8. Soltani M, Tabatabaee HR, Saeidinejat S, Eslahi M, Yaghoobi H, Mazloumi E. Assessing the risk factors before pregnancy of preterm births in Iran: a population-based case-control study. BMC Pregnancy and Childbirth 2019; 19: 57-65.
9. พัญญู พันธุ์บุรณะ. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. สูติศาสตร์ฉุกเฉิน. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สมุทรสาคร: พิมพ์ดี, 2559.
10. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2565 คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ หัวข้อ การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มสตรีอัตราเด็กปฐมวัย (0-5 ปี). [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://r8way.moph.go.th>
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานการตรวจราชการ และการนิเทศงาน กรณีปกติ จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.udo.moph.go.th>
12. อรพนิต ภูวงษ์ไกร, สมจิตร เมืองพิล, อูสาร์ ศุภรพันธ์. กระบวนการพัฒนาแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 21. NGRC 2563: 1-9.
13. สุธานี บุรณ์เบญจเสถียร. ประสิทธิภาพของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามมาตรฐานการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแม่จัน. เชียงรายเวชสาร 2560; 9(2): 41-52.
14. กัลยา มณีโชติ, นิธิสากร นังคลา. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารกองการพยาบาล 2560; 44(2): 7-24.

15. กรรณิกา เพ็ชรรักษ์, อุทุมมชญาณ์ อินทเรือง, ฝนทอง จิตจำนง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดในมารดาหลังคลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2562; 34(1): 87-100.
16. รัชมี พิริยะสุทธิ, สุนันทา สงกา, พณาวรรณ พาณิชย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก 2561; 4(2): 377-87.
17. ชลธิชา รักษาธรรม, ทวีศักดิ์ กสิผล, กมลทิพย์ ชลัษธรรมเนียม. แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19: 348-56.
18. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. รายงานวิจัยปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมในการคัดกรองการคลอดก่อนกำหนด. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560; 26(1): 65-9.
19. พรศิริ เสนอศิริ, สุดใจ ศรีสงค์, รัชมีแข พรหมประกาย, เพียงเพ็ญ สร้อยสุวรรณ, ขวัญฤดี โกพลรัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2560; 32(2): 117-29.
20. อาทิตยา แก้วน้อย, ศรีสมร ภูมณสกุล, สายลม เกิดประเสริฐ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด. Rama Nurs J 2561; 24(3): 264-77.