

# การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี

นลินรัตน์ วันทอง, พย.บ.\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดและเพื่อเปรียบเทียบความรู้ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์ พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด และภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 35 คน ระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลและแบบคัดกรองภาวะเสี่ยง  $CVI=1$  แบบสอบถามความรู้  $KR-20=0.95$  และพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด  $\alpha=0.83$  วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาตามประกาศมาตรฐานการผดุงครรภ์ และข้อกำหนดเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลครรภ์เสี่ยง รูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด มี 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) คัดกรองภาวะเสี่ยง 2) ให้ความรู้รายบุคคลกรณีหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง 3) จัดโปรแกรมความรู้ 4) ประเมินผล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อายุ 20-35 ปี ร้อยละ 65.7 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 37.1 อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 42.9 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 77.1 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 82.9 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.0 อาศัยอยู่กับครอบครัวตนเอง ร้อยละ 80.0 และผู้ดูแลขณะตั้งครรภ์คือสามี ร้อยละ 48.6 หลังดำเนินการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74.3 เป็นร้อยละ 97.1 และพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 62.9 และผลการประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์โดยรวมมีภาวะเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 100

สรุป: รูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในระดับสูง มากกว่าก่อนดำเนินการ

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ การให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยง คลอดก่อนกำหนด

\* โรงพยาบาลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี

# Development of risk antenatal clinic service model for prevention of preterm birth Thung Fon Hospital Udon Thani Province

Nalinrat Wanthong, B.N.S.

## Abstract

This action research aims to development model of antenatal care clinic services to prevent premature birth and compare knowledge about pregnancy risks, behavior to prevent risks of premature birth and risk conditions of pregnant women before and after operation. Sample group consisted of 35 pregnant women between September and October 2023. Tools used were questionnaires, including personal characteristics and risk screening form CVI=1, knowledge questionnaire KR-20= 0.95, and preterm birth risk prevention behavior alpha =0.83. Data were analyzed using: descriptive statistics and content analysis.

Results: found that development of risk prenatal care clinic service model to prevent premature birth goal was to develop model announced by the Nursing and Midwifery Council in accordance standards and requirements regarding role of midwives in caring for high-risk pregnancies. Service model of risk prenatal care clinic to prevent preterm birth 4 activities: 1) screening for risk conditions in pregnant women who come to receive prenatal care services, 2) providing individual knowledge, 3) safety knowledge program, 4) results evaluate. General information of the sample of pregnant women, mostly aged 20-35 years 65.7%, 2<sup>nd</sup> pregnancy 37.1%, gestational age 32 weeks or more 42.9%, gestational age came for prenatal care for the first time within 12 weeks 77.1%, monthly family income of 10,000 baht or more 82.9%, self-employed 40.0%, living with their own family 80.0%, and the caregiver during pregnancy was husband 48.6%. Knowledge of pregnancy risks found that after the operation, overall knowledge of pregnancy risks was higher level than before the operation, from 74.3% to 97.1%. Behavior to prevent the risk of premature birth increased to 62.9% and the overall risk assessment results for pregnant women were 100% low risk.

Conclusion: Model of risky prenatal care clinic services to prevent premature birth Provide pregnant women with high level of knowledge and behavior to prevent pregnancy risks more than before the operation.

**Keywords:** Model Development, Risk Antenatal Clinic Service, Preterm Birth

---

\*Thungfon Hospital Thungfon District Udon Thani Province

## บทนำ

สถานการณ์และสภาพปัญหาในประเทศไทย การตายของมารดามีผลกระทบต่อการพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง อัตราส่วนการตายมารดา เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ทุกประเทศทั่วโลกมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลกในอีก 15 ปี ข้างหน้าต้องลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีวิตคนภายในปี 2573 ประเทศไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการตายมารดาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าอัตราการตายมารดาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แต่เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายมารดาตั้งแต่ ปี 2558 จนถึงปัจจุบัน พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2556 – 2560 พบอัตราเกิดมีชีวิตมีแนวโน้มลดลง โดยมีอัตราเกิดมีชีวิตต่อประชากร 1,000 คน เท่ากับ 11.6, 11.0, 10.4, 10.2 และ 10.1 ตามลำดับ ซึ่งตรงข้ามกับอัตราตาย ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น เท่ากับ 6.6, 6.7, 6.9, 7.2 และ 7.0 ตามลำดับ และอัตรามารดาตายต่อการเกิด มีชีพ 100,000 คน เท่ากับ 22.2, 23.3, 24.6 และ 26.6 แต่ลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 21.8 มารดาส่วนใหญ่ตายเนื่องจากสาเหตุทางตรงซึ่งเป็นการตายจากสาเหตุทางสุติกรรม ได้แก่ ตกเลือด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสาเหตุการตายขององค์การอนามัยโลกปี 2558 ที่พบว่าสาเหตุการตายหลักของสตรีทั่วโลก ได้แก่ ตกเลือด ครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อและการแท้งที่ไม่ปลอดภัย สาเหตุการตายทางตรงที่พบมากที่สุดมาจากกลุ่มที่ 3 คือเลือดออกในระหว่างการตั้งครรภ์ ความผิดปกติของรก การตกเลือด และนอกจากนี้ยังพบว่าการตายมารดาในกลุ่มที่ 5 คือการตายที่เกิดจากความผิดปกติอื่นๆของมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์และระหว่างคลอด เช่น ภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นหลอดเลือดในปอด การฆ่าตัวตาย ยังเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่มีร้อยละการตายที่สูงรองจากการตกเลือด ส่วนสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (indirect cause) ส่วนใหญ่พบสาเหตุมาจาก มะเร็ง โรคหัวใจ และติดเชื้อ<sup>1</sup>

สภาพปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมา ประเด็นสำคัญที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายอนามัยแม่และเด็กไม่ประสบความสำเร็จพบว่า การติดตามประเมินและการส่งต่อมารดา-ทารกภาวะวิกฤตถูกเน้นล่าช้า บุคลากรขาดประสบการณ์และทักษะในการประเมิน การดูแล ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน การเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานบ่อยทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน การบันทึกผลงานในระบบ 21/43 แฟ้มไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดความผิดพลาดของข้อมูลและได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในภาพรวม และความเข้าใจตรงกันในกระบวนการดำเนินงานที่มีคุณภาพ<sup>2</sup> มาตรการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของบุคลากรทางการแพทย์ตามกระบวนการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โดยบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการพัฒนากระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้การดำเนินงานดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการที่ดี ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย (node) ได้มีการจัดอบรมให้แก่โรงพยาบาลลูกข่าย เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะทางด้านงานอนามัยแม่และเด็ก เกี่ยวกับคำแนะนำซึ่งใช้เป็นแนวทางสำหรับการดูแลภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้สอดคล้องกับคำแนะนำของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย กระบวนการบริการ 5 มาตรการ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ เพิ่มความรู้และพฤติกรรมป้องกัน ภาวะเสี่ยง การบริการระยะก่อนคลอด การบริการระยะหลังคลอด การเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน<sup>3</sup>

อัตราส่วนการตายมารดาของเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2564 มีอัตราส่วนการตายมารดา ร่วมกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คิดเป็นอัตราส่วน 23.2 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต การเสียชีวิตไม่รวมจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คิดเป็นอัตราส่วน 20.69 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ในเขตสุขภาพที่ 8 จะเห็นว่าสถานการณ์การตายมารดามีแนวโน้มสูงขึ้น ในจังหวัดเลย และจังหวัดอุดรธานี ในปี 2564 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ ควรเริ่มตั้งแต่ระยะแรก ๆ ของการตั้งครรภ์ ดังนั้น คู่สามีภรรยาเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์

ควรรีบไปฝากครรภ์โดยเร็วและไปตรวจตามแพทย์/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามนัดทุกครั้ง เพื่อจะได้รับการดูแล และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง<sup>4</sup>

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญของการตายในทารกร้อยละ 60-80 เนื่องจากทารกที่คลอด ก่อนกำหนดมีภาวะของการเจริญเติบโตของอวัยวะต่าง ๆ ไม่เต็มที่ ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด, เกิดภาวะ RDS และทารก 0-7 วันตายในประเทศไทยพบร้อยละ 9 ของการคลอดทั้งหมด จากการทบทวน ข้อมูลในโรงพยาบาลทุ่งฝนปี 2563-2565 พบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 8.89, 6.19 และ 6.45 ตามลำดับ อัตราการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำเร็จ (คลอดที่อายุครรภ์ > 37 สัปดาห์) ร้อยละ 41.67, 42.86 และ 50 และพบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 12.09, 10.97 และ 6.25 ตามลำดับ

โรงพยาบาลทุ่งฝน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มีสูติแพทย์และกุมารแพทย์ การส่งต่อ มารดาคลอดและทารกแรกเกิดมีทั้งระบบแม่โซนและรพศ.อุดรธานี โดยการส่งต่อมารดาเพื่อยับยั้งการคลอด ในเวลาราชการจะส่งต่อรพ.แม่โซน นอกเวลาราชการส่งต่อรพศ.อุดรธานี ส่วนทารกแรกเกิดจะส่งต่อรพศ. อุดรธานีเท่านั้นกระบวนการการดูแลในโรงพยาบาล จะใช้แนวทางการดูแลของ MCH board ระดับจังหวัด โดยการให้ยา nifedipine loading dose ทุก 30 นาที x 3 ครั้ง หาก inhibit ไม่สำเร็จให้ส่งต่อมารดาคลอด ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวพบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนด ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (น้อยกว่าร้อยละ 5) เนื่องจากมีการประเมินคัดกรองไม่ครอบคลุมและไม่มีการจัดการ ภาวะเสี่ยงในช่วงฝากครรภ์ ไม่ทราบอาการและอาการแสดงที่ต้องรับมาโรงพยาบาลเมื่อมาถึงพบว่าปากมดลูก เป็ดมากแล้ว ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้

ในปีงบประมาณ 2566 โรงพยาบาลทุ่งฝน ได้มีการให้บริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ และคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูง (high risk ANC) ดำเนินงานตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการงานอนามัย แม่และเด็ก โครงการ “อุดรโมเดล ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย สู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน” และมีการจัดให้ความรู้ใน โรงเรียนพ่อแม่ แต่เนื่องจากเป็นการให้ความรู้รายกลุ่ม ทำให้การประเมินความเสี่ยงไม่ครอบคลุมถึงปัญหา ที่แท้จริง ปัญหาบางอย่างเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่กล้าพูดหรือขอคำแนะนำ เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพของการดูแล รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานให้มีประสบการณ์และทักษะ การดูแลการป้องกันภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาถึง การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อน กำหนด และภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่ กิจกรรมตามรูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อน กำหนด

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อน กำหนด เปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนา

## วิธีการศึกษา

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ศึกษาที่คลินิกบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม 2566

**ประชากรที่ศึกษา** คือ หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงทุกราย ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี มีจำนวน 35 คน ระหว่างวันที่ 27 กันยายน-31 ตุลาคม 2566 สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด และสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

### ประวัติอดีต

1. เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด(1 เดือนแรก)
2. เคยแท้งเอง 3 ครั้งหรือมากกว่าติดต่อกัน
3. เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
5. เคยเข้ารับการรักษายาบาลเพราะความดันโลหิตสูงระหม
4. เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 5,000 กรัมวางตัวครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ
6. เคยผ่าตัดอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก ผ่าตัดปากมดลูก ผูกปากมดลูก เป็นต้น

### ประวัติปัจจุบัน

7. ครรภ์แฝด
8. อายุน้อยกว่า 17 ปี (นับถึงกำหนดคลอด)
9. อายุมากกว่า 35 ปี (นับถึงกำหนดคลอด)
10. กรุ๊ปเลือด Rh Negative
11. เลือดออกทางช่องคลอด
12. มีก้อนในอุ้งเชิงกราน
13. ความดันโลหิตสูง Diastolic > 90 mmHg

### ประวัติทางอายุรกรรม

14. เป็นโรคเบาหวาน
15. เป็นโรคไต
16. เป็นโรคหัวใจ
17. ติดยาเสพติด ติดสุรา
18. โรคอายุรกรรมอื่น ๆ เช่น โลหิตจาง ไทรอยด์ SLE เป็นต้น

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. **รูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด** จำนวน 4 ครั้ง ดำเนินการใน 4 สัปดาห์ ดังนี้ 1) คัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ ทำแบบสอบถามก่อนร่วมกิจกรรม (pretest) 2) ให้ความรู้รายบุคคลในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่คลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูงร่วมกับกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ 3) จัดอบรมโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเสี่ยง และให้เบอร์โทรศัพท์ของห้องคลอด ห้องฝากครรภ์ 4) ประเมินผลรูปแบบทำแบบสอบถาม (posttest) หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมครบ 4 ครั้ง

2. **เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล** เป็นแบบสอบถามหญิงตั้งครรภ์ มี 4 ส่วน จำนวน 48 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก การศึกษา รายได้รวมของครอบครัว อาชีพ ลักษณะครอบครัว ผู้ที่อยู่อาศัยร่วม และผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือขณะตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 การคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 18 ข้อ การคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ด้วยคำถาม (classifying form) ประยุกต์จากเครื่องมือในคู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข<sup>7</sup> เกี่ยวกับการดูแลมารดาตั้งครรภ์แนวทางใหม่ เป็นการฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ และการดูแลตามมาตรฐานตามเกณฑ์ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้การปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันในเครือข่ายแม่และเด็ก ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลเกี่ยวกับประวัติหญิงตั้งครรภ์ประกอบการตรวจวินิจฉัยภาวะเสี่ยง ประกอบด้วย ประวัติอดีต ประวัติครรภ์ปัจจุบัน และประวัติอายุรกรรม

ลักษณะการตอบคำถาม ไม่มี ให้รหัส 0, ตอบว่า มี ให้รหัส 1 การแปลผลคะแนนเต็ม 18 คะแนน คือ มีภาวะเสี่ยงต่ำ (0-6 คะแนน), มีภาวะเสี่ยงปานกลาง (7-12 คะแนน) และ มีภาวะเสี่ยงสูง (13-18 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของ ศิริวรรณ แสงอินทร์ และ ช่อทิพย์ ผลกุล<sup>5</sup> ในด้านความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับ 1) ความรู้ภาวะเสี่ยงต่อตนเอง คำถามเช่น ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์คือการตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อแม่และทารกในครรภ์ ภาวะเสี่ยงที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คือการเคยผ่าท้องคลอดมาก่อนอาจเสี่ยงต่อการที่แผลผ่าตัดตรงมดลูกเปิดระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะเสี่ยงตกเลือด คือการมีเลือดออกจากช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น และ 2) ความรู้ภาวะเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ คำตอบถูกต้อง ตอบ “ใช่” ได้ 1 คะแนน คำตอบผิด ตอบ “ไม่ใช่” ได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (0 – 11 คะแนน), ระดับปานกลาง ร้อยละ 60 – 79 (12 – 15 คะแนน) และ ระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16 – 20 คะแนน)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของ สุตานี บุรณเบญจเสถียร<sup>6</sup> มีจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับความรู้การคลอดก่อนกำหนดและการป้องกันตนเองจากภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด คำถามเช่น เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิดอาจทำให้คลอดก่อนกำหนด อาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด และการหดตัวของมดลูกอย่างน้อย 5 ครั้งต่อชั่วโมง เป็นอาการเตือนคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ คือ 1 = ไม่มีพฤติกรรมนั้น ถึง 5 = มีพฤติกรรมหรือการปฏิบัตินั้นมากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม (50 คะแนน) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (10 – 23.33 คะแนน), ระดับปานกลาง (23.34 – 36.67 คะแนน) และระดับมาก (36.68– 50.00 คะแนน)

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1) การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบโดยพิจารณาเป็นรายข้อ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ทั้งนี้ค่า CVI ที่ยอมรับไว้ว่ามีค่า +1 ทุกข้อ จึงนำไปใช้ คือแบบสอบถาม ลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และแบบคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์

2) แบบสอบถามความรู้ นำคะแนนที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ได้ค่าความยากง่ายของแบบสอบถามความรู้ KR-20 เท่ากับ 0.95

3) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยจะนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) กับโรงพยาบาลหนองหาน (node) ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงด้วย

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ คือ พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด  $\alpha = 0.83$

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยภาคสนาม จำนวน 3 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง รับข้อมูลแบบสอบถามกลับ ตรวจสอบความถูกต้องลงรหัส ทำการวิเคราะห์ประมวลผล

**การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 20266 ลงวันที่ 25 กันยายน 2566

## ผลการศึกษา

**รูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด** การพัฒนารูปแบบ โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาแบบตามที่สภาการพยาบาลประกาศได้กำหนดไว้ด้านบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ตามมาตรฐานการผดุงครรภ์<sup>8</sup> และข้อกำหนดเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลครรภ์เสี่ยง นำรูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลทุ่งฝน ไปใช้จริง การจัดกิจกรรมตามรูปแบบจำนวน 4 ครั้ง ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** รูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด

ครั้งที่	กิจกรรมบริการ	ระยะเวลา
1	<b>การบริการระยะตั้งครรภ์</b> คัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลทุ่งฝน โดยทำแบบสอบถามก่อนร่วมกิจกรรม (pretest)	30 นาที
2	ให้ความรู้รายบุคคลกรณีหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่คลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเกี่ยวกับภาวะครรภ์เสี่ยง ผลกระทบ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร่วมกับกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ให้หญิงตั้งครรภ์เซ็นรับทราบคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	1 ชั่วโมง
3	จัดโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์ และมีการประเมินความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเสี่ยง โดยเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการ และให้เบอร์โทรศัพท์ของห้องคลอด ห้องฝากครรภ์	1 ชั่วโมง
4	ประเมินผลรูปแบบ โดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูง (high risk ANC) สรุปบทวนความรู้ภาวะตั้งครรภ์เสี่ยงและให้หญิงตั้งครรภ์ทำแบบสอบถาม (posttest) หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมครบ 4 ครั้ง	1 ชั่วโมง
	<b>บริการระยะคลอด</b> งานห้องคลอด มีแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแนวทางการวางแผนจำหน่าย มีการติดตาม case และนัดตรวจที่คลินิกฝากครรภ์ 1 สัปดาห์ และส่งข้อมูลให้กับโรงพยาบาลหนองหาน (node) ลงทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล	

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อายุ 20-35 ปี ร้อยละ 65.7 ( $26.60 \pm 7.36$ ; min= 12, max= 36) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 37.1 ( $2.14 \pm 0.94$ ; min= 1, max= 4) อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 42.9 ( $27.57 \pm 9.61$ ; min= 11, max= 39) อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 77.1 ( $11.20 \pm 4.15$ ; min= 5, max= 24) จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 77.1 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 82.9 ( $13,828 \pm 7,314$ ; min=3,000, max=30,000) อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.0 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 60.0 อาศัยอยู่กับครอบครัวตนเอง ร้อยละ 80.0 และผู้ดูแลขณะตั้งครรภ์ คือสามี ร้อยละ 48.6 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
อายุ ( $26.60 \pm 7.36$ ; min= 12, max= 36)	
ต่ำกว่า 20 ปี	7(20.0)
20-35 ปี	23(65.7)
36 ปีขึ้นไป	5(14.3)
จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ ( $2.14 \pm 0.94$ ; min= 1, max= 4)	
ตั้งครรภ์ครั้งแรก	10(28.6)
ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2	13(37.1)
ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ขึ้นไป	12(34.3)
อายุครรภ์ปัจจุบัน ( $27.57 \pm 9.61$ ; min= 11, max= 39)	
ต่ำกว่า 28 สัปดาห์	14(40.0)
28 – 31 สัปดาห์	6(17.1)
32 สัปดาห์ขึ้นไป	15(42.9)
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ( $11.20 \pm 4.15$ ; min= 5, max= 24)	
ภายใน 12 สัปดาห์	27(77.1)
13 สัปดาห์ขึ้นไป	8(22.9)
การศึกษา	
ประถมศึกษา	6(17.1)
มัธยมศึกษา	27(77.1)
ปริญญาตรีขึ้นไป	2(5.7)
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ( $13,828 \pm 7,314$ ; min=3,000, max=30,000)	
ไม่เกิน 3,000 บาท	1(2.9)
3,001-9,999 บาท	5(14.3)
10,000 บาทขึ้นไป	29(82.9)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8(22.9)
เกษตรกร	8(22.9)
รับจ้าง	14(40.0)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2(5.7)
อื่นๆ	3(8.6)
ลักษณะครอบครัว	
ครอบครัวเดี่ยว	14(40.0)
ครอบครัวขยายอยู่บริเวณเดียวกัน	21(60.0)



**ตารางที่ 2** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ) (n=35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
ครอบครัวที่อาศัยอยู่	
ครอบครัวตนเอง	28(80.0)
ครอบครัวสามี	7(20.0)
ผู้ดูแลช่วยเหลือขณะตั้งครรภ์	
สามี	17(48.6)
มารดา	6(17.1)
มารดาสามี	5(14.3)
อื่นๆ	7(20.2)

**ผลการประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์** พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 100 โดยพบว่ามีภาวะเสี่ยงมากที่สุดคือ เคยมีเลือดออกทางช่องคลอด ร้อยละ 34.3 รองลงมาคือ เป็นโรคทางอายุรกรรม ร้อยละ 31.4 และเคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 20.0 ตามลำดับดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

**ตารางที่ 3** ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ (n=35)

รายการภาวะเสี่ยง	จำนวน (ร้อยละ)
<b>ประวัติอดีต</b>	
1. เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด (1 เดือนแรก)	4(11.4)
2. เคยแท้งเอง 3 ครั้งหรือมากกว่าติดต่อกัน	1(2.9)
3. เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	7(20.0)
4. เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม	0(0.0)
5. เคยเข้ารับการรักษายาบาลเพราะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ	1(2.9)
6. เคยผ่าตัดอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก ผ่าตัดปากมดลูก ผูกปากมดลูก ฯลฯ	0(0.0)
<b>ประวัติครรภ์ปัจจุบัน</b>	
7. ครรภ์แฝด	1(2.9)
8. อายุน้อยกว่า 17 ปี (นับถึงกำหนดคลอด)	5(14.3)
9. อายุมากกว่า 35 ปี (นับถึงกำหนดคลอด)	6(17.1)
10. กรุ๊ปเลือด Rh Negative	0(0.0)
11. เคยมีเลือดออกทางช่องคลอด	12(34.3)
12. มีก้อนในอุ้งเชิงกราน	0(0.0)
13. ความดันโลหิตสูง Diastolic >90 mmHg	3(8.6)
<b>ประวัติทางอายุรกรรม</b>	
14. เบาหวาน	1(2.9)
15. โรคไต	0(0.0)
16. โรคหัวใจ	0(0.0)
17. ติดยาเสพติด ติดสุรา	0(0.0)
18. เป็นโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ	11(31.4)

**ตารางที่ 4** ระดับภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

ระดับภาวะเสี่ยง	จำนวน (ร้อยละ)
มีภาวะเสี่ยงต่ำ (1-6 คะแนน)	35(100.0)
มีภาวะเสี่ยงปานกลาง (7-12 คะแนน)	0(0.0)
มีภาวะเสี่ยงสูง (13-18 คะแนน)	0(0.0)

**ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์** พบว่า หลังพัฒนา หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 74.3 เป็นร้อยละ 97.1 โดยมีความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 97.1 ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อแม่และทารกในครรภ์ ภาวะเสี่ยงตกเลือด คือการมีเลือดออกจากช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะมีความพิการแต่กำเนิด คือการไปฝากครรภ์ช้า/แม่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย ภาวะเสี่ยงของลูกที่ต้องเข้าไปอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก คือ ทารกคลอดก่อนกำหนด ภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อลูกระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะเสี่ยงจากการเคยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในระบบสืบพันธุ์ ภาวะเสี่ยงจากการเสพยาเสพติด และภาวะเสี่ยงจากโรคอื่นๆ เช่น โลหิตจาง ไทรอยด์ ฯลฯ ดังตารางที่ 5 และ ตารางที่ 6

**ตารางที่ 5** ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังพัฒนา จำแนกรายข้อตอบถูก (n=35)

ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
1. ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์คือ การตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อแม่และทารกในครรภ์	27(77.1)	34(97.1)
2. ภาวะเสี่ยงที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คือการเคยผ่าท้องคลอดมาก่อนอาจเสี่ยงต่อการที่แผลผ่าตัดตรึงมดลูกเปิดระหว่างตั้งครรภ์	25(71.4)	29(82.9)
3. ภาวะเสี่ยงตกเลือด คือการมีเลือดออกจากช่องคลอดขณะตั้งครรภ์	31(88.6)	34(97.1)
4. ความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และเพิ่มภาวะเสี่ยงของทารกในครรภ์เสียชีวิต	30(85.7)	34(97.1)
5. ภาวะเสี่ยงต่อมารดาที่เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	18(51.4)	29(82.9)
6. ภาวะเสี่ยงต่อมารดาที่เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม	18(51.4)	23(65.7)
7. ภาวะเสี่ยงของลูกในระหว่างตั้งครรภ์ เกิดอันตรายหรือเสียชีวิตคือ มีประวัติเคยคลอดลูก แล้วลูกเสียชีวิตในครรภ์ ระหว่างคลอดและหลังคลอดมาก่อน	24(68.6)	31(88.6)
8. ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะมีความผิดปกติของลูกตั้งแต่อยู่ในครรภ์คือแม่ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ตั้งครรภ์	17(48.6)	27(77.1)
9. ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะมีความพิการแต่กำเนิด คือการไปฝากครรภ์ช้า/แม่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย	28(80.0)	34(97.1)
10. ภาวะเสี่ยงของลูกที่ต้องเข้าไปอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก คือ ทารกคลอดก่อนกำหนด	29(82.9)	34(97.1)
11. ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์ คือแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	30(85.7)	34(97.1)
12. ภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อลูกระหว่างตั้งครรภ์ เช่น โรคไต โรคหัวใจ การติดเชื้อ	30(85.7)	34(97.1)
13. ภาวะเสี่ยงจากการเคยเข้ารับการรักษายาบาลเพราะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ	30(85.7)	34(97.1)
14. ภาวะเสี่ยงจากการเคยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในระบบสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก ผ่าตัดปากมดลูก ผูกปากมดลูก	28(80.0)	34(97.1)
15. ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์แฝด	28(80.0)	34(97.1)
16. ภาวะเสี่ยงจากการมีอายุน้อยกว่า 17 ปี (นับถึงกำหนดคลอด)	24(68.6)	31(88.6)
17. ภาวะเสี่ยงจากอายุมากกว่า 35 ปี	19(54.3)	30(85.7)
18. ภาวะเสี่ยงจากการเสพยาเสพติด ขณะตั้งครรภ์	24(68.6)	34(97.1)
19. ภาวะเสี่ยงจากโรคอื่นๆ เช่น โลหิตจาง ไทรอยด์ SLE ฯลฯ	26(74.3)	34(97.1)
20. ภาวะเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขณะตั้งครรภ์	22(62.9)	33(94.3)

**ตารางที่ 6** ระดับความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังพัฒนา (n=35)

ระดับความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ระดับต่ำ (1-16 คะแนน)	2 (5.7)	1(2.9)
ระดับปานกลาง (17-32 คะแนน)	7(20.0)	0(0.0)
ระดับสูง (33-50 คะแนน)	26(74.3)	34(97.1)

**พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด** พบว่า หลังพัฒนาหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากไม่มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงระดับสูง เพิ่มเป็นจำนวน 22 คน (ร้อยละ 62.9) โดยข้อที่มีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ขณะตั้งครรภ์ได้งดการทำงานหนักและไม่เดินทางไกล จาก  $2.94 \pm 0.80$  เป็น  $3.69 \pm 0.53$  รองลงมาคือเมื่อพบอาการเตือนและหยุดพัก 1 ชั่วโมงแล้วไม่ดีขึ้น จะพักต่อไปอีก 2 ชั่วโมงป้องกันคลอดก่อนกำหนด จาก  $2.63 \pm 0.77$  เป็น  $3.29 \pm 0.57$  และการหดรัดตัวของมดลูกอย่างน้อย 5 ครั้งต่อชั่วโมง เป็นอาการเตือนคลอดก่อนกำหนดจะรีบไปพบแพทย์ จาก  $2.57 \pm 0.77$  เป็น  $3.11 \pm 0.40$  ตามลำดับ ดังตารางที่ 7 และตารางที่ 8

**ตารางที่ 7** พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังพัฒนา จำแนกรายข้อ (n=35)

พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยง	ก่อน	หลัง
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD
1. หากเคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิดอาจทำให้คลอดก่อนกำหนดได้	1.34 $\pm$ 0.68	2.14 $\pm$ 0.55
2. อาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด เช่น ปวดบั้นเอว ปวดถ่วงท้องน้อยคล้ายประจำเดือน	2.17 $\pm$ 0.78	2.66 $\pm$ 0.63
3. เมื่อพบอาการเตือน คือ หากยังไม่มูกปนเลือด น้ำคร่ำ หรือมีเลือดออก ให้ปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ดื่มน้ำ 1 – 2 แก้ว และหยุดพัก 1 ชั่วโมง	2.20 $\pm$ 0.83	2.63 $\pm$ 0.73
4. เมื่อมีอาการปัสสาวะแสบขัดขณะตั้งครรภ์ จะต้องไปโรงพยาบาลก่อนเวลานัดตรวจครรภ์	2.43 $\pm$ 0.77	2.91 $\pm$ 0.56
5. เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคลอด ภาวะน้ำเดิน หรือภาวะเลือดออกคืออาการเตือนคลอดก่อนกำหนด	2.51 $\pm$ 0.78	3.09 $\pm$ 0.65
6. เมื่อมีอาการเตือนท่านรู้ว่าต้องจดบันทึกจำนวนครั้งของการหดรัดตัวของมดลูก ปริมาณและลักษณะของน้ำคัตหลังจากช่องคลอด	2.29 $\pm$ 0.75	3.11 $\pm$ 0.83
7. ขณะตั้งครรภ์ได้งดการทำงานหนักและไม่เดินทางไกล	2.94 $\pm$ 0.80	3.69 $\pm$ 0.53
8. มีการกระตุ้นห้วงนมหรือการเตรียมห้วงนมเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์	1.86 $\pm$ 0.94	2.74 $\pm$ 0.91
9. การหดรัดตัวของมดลูกอย่างน้อย 5 ครั้งต่อชั่วโมง เป็นอาการเตือนคลอดก่อนกำหนด จะรีบไปพบแพทย์	2.57 $\pm$ 0.77	3.11 $\pm$ 0.40
10. เมื่อพบอาการเตือนและหยุดพัก 1 ชั่วโมงแล้วไม่ดีขึ้น จะพักต่อไปอีก 2 ชั่วโมงป้องกันคลอดก่อนกำหนด	2.63 $\pm$ 0.77	3.29 $\pm$ 0.57

**ตารางที่ 7** ระดับพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังพัฒนา จำแนกรายข้อ (n=35)

ระดับพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ระดับต่ำ (1-16 คะแนน)	4(11.4)	0(0.0)
ระดับปานกลาง (17-32 คะแนน)	31(88.6)	13(37.1)
ระดับสูง (33-50 คะแนน)	0(0.0)	22(62.9)

## สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

**1. การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด** มีเป้าหมายการพัฒนาแบบตามที่สภาการพยาบาลประกาศตามมาตรฐานการผดุงครรภ์<sup>8</sup> และข้อกำหนดเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลครรภ์เสี่ยง รูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด มี 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) คัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ

ฝากครรภ์ 2) ให้ความรู้รายบุคคลกรณีหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง 3) จัดโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์ และมีการประเมินความรู้การปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ 4) ประเมินผลรูปแบบ ทั้งนี้เนื่องจาก หญิงตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัวและสังคมเช่นกัน ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถทนต่อสภาวะเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น เหล่านี้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้ ซึ่งปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ถ้าหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น และทราบถึงแนวทางการ ป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ จะสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงและสามารถ พัฒนาตนเองและครอบครัวให้รับบทบาทใหม่ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่ความเชื่อทางศาสนาที่เคร่งคร่ำ มีประเพณีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะพื้นที่และยังคงฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณ หรือโต๊ะบีแดเพื่อทำพิธีกรรม (พิธีแนง) ในครรภ์แรกโดยการบอกกล่าวคาถาและการตรวจท้องเพื่อขอให้ปลอดภัยทั้งแม่และลูกในท้อง ร่วมกับฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเหตุผลที่ยอมฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพราะว่าทางราชการกำหนดการฝากครรภ์เป็นเงื่อนไขในการออกใบรับรองการเกิดและสูติบัตรให้ แต่ไม่ได้ตระหนักหรือเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ที่แท้จริงว่าเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อประโยชน์อันสูงสุดแก่หญิงตั้งครรภ์และทารก<sup>1</sup> และการศึกษาของ จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ<sup>9</sup> ทำการศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่หญิงตั้งครรภ์ พบว่า หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแผนการให้ความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**2. ผลการประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์** โดยรวมมีภาวะเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 100 โดยพบว่ามีภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุดคือ เคยมีเลือดออกทางช่องคลอด รองลงมาคือเป็นโรคทางอายุรกรรม และอายุมากกว่า 35 ปี ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก ควรมีการประเมินคัดกรองร่างกายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ เนื่องจากภาวะครรภ์เสี่ยงเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาที่ตั้งครรภ์แต่ไม่ได้หมายความว่าทั้งมารดาและทารกจะต้องมีปัญหาสุขภาพ เพราะมีหลายปัจจัยสามารถควบคุมได้ ที่สำคัญ คือ ต้องปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตให้สมดุล ศึกษาโภชนาการสำหรับคุณแม่ตั้งครรภ์แล้วปรับให้เหมาะสม พักผ่อนให้เพียงพอ ถ้ารู้สึกผิดปกติ เช่น ปวดท้องมาก มีน้ำเดิน ลูกดิ้นน้อยลง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นปวดลิ้นปี่ อาการเหล่านี้ควรรีบมาพบแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ในการเพิ่มพลังอำนาจ โดยพยาบาลวางแผนให้การดูแลที่มีความยืดหยุ่นและจำเพาะต่อสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการที่แตกต่างกัน ซึ่งการที่จะวางแผนการผดุงครรภ์แบบต่อเนื่องได้พยาบาลผดุงครรภ์ต้องใช้เวลาในการสร้างความเชื่อใจ ไว้วางใจ ด้วยความเสมอภาคและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน โดยมีการเจรจาต่อรองอย่างเท่าเทียมเพื่อวางแผนการดูแลได้อย่างต่อเนื่องและมีความยืดหยุ่นตามความต้องการด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์<sup>15</sup> และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก พบว่า หลังการให้ความรู้พฤติกรรมป้องกันการภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับดี ความรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, ความรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่างได้<sup>16</sup> ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เสี่ยงผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด อีกทั้งยังส่งผลต่ออัตราการตายมารดาและทารกปริกำเนิดสูงขึ้น ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการค้นหา คัดกรอง การประเมิน ช่วยในการการวินิจฉัยการตั้งครรภ์เสี่ยง รวมถึงให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนให้การตั้งครรภ์มีความปลอดภัย และช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารก รวมถึงลดการเกิดความพิการของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด<sup>17</sup>

**3. ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์** พบว่า หลังดำเนินการมีความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนดำเนินการ มีความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อแม่และทารกในครรภ์ ภาวะเสี่ยงตกเลือด คือการมีเลือดออกจากช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะมีความพิการแต่กำเนิด คือการไปฝากครรภ์ช้า/แม่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย ภาวะเสี่ยงของลูกที่ต้องเข้าไปอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก คือ ทารกคลอดก่อนกำหนด ภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อลูกระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะเสี่ยงจากการเคยผ่าตัดอุ้งยวະในระบบสืบพันธุ์ ภาวะเสี่ยงจากการเสพยาเสพติด และภาวะเสี่ยงจากโรคอื่นๆ เช่น โลหิตจาง ไทรอยด์ ฯลฯ ทั้งนี้เนื่องจาก ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ มีภาวะเสี่ยงได้ด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น การตั้งครรภ์แฝด แม่อายุมาก แม่วัยรุ่น การติดเชื้อ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น หากไม่มีความรู้มากที่สุดเรื่องภาวะเสี่ยงของลูกที่ต้องเข้าไปอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก จากที่ทารกคลอดก่อนกำหนดหรืออาจเสียชีวิตในครรภ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ความรู้ด้านสุขภาพรายด้านที่พบความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ความรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ ความรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ ตามลำดับ<sup>10</sup> และการศึกษาของกรรณิกา เพ็ชรรัชและคณะ<sup>11</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การคลอดก่อนกำหนดในมารดาหลังคลอด พบว่า ความรู้การคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**4. พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด** หลังดำเนินการอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนดำเนินการ มีพฤติกรรมเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ขณะตั้งครรภ์ได้งดการทำงานหนักและไม่เดินทางไกล รองลงมาคือเมื่อพบอาการเตือนและหยุดพัก 1 ชั่วโมงแล้วไม่ดีขึ้น จะพักต่อไปอีก 2 ชั่วโมงป้องกันคลอดก่อนกำหนด และการหดรัดตัวของมดลูกอย่างน้อย 5 ครั้งต่อชั่วโมง เป็นอาการเตือนคลอดก่อนกำหนดจะรีบไปพบแพทย์ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก การเฝ้าระวังภาวะครรภ์เสี่ยง และเมื่อตั้งครรภ์แล้วก็ควรมาฝากครรภ์ รวมทั้งมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดโอกาสที่จะเกิดภาวะครรภ์เสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์<sup>12</sup> จากการศึกษาภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ครรภ์แฝด การดูแลก่อนคลอดไม่เพียงพอ และขาดการดูแลก่อนคลอด<sup>13</sup> การมีภาวะแทรกซ้อนทางนรีเวชกรรม อายุครรภ์และเป็นผู้ป่วยใน ถ้าหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนทางนรีเวชกรรม อายุครรภ์และเป็นผู้ป่วยในจะมีโอกาสของการคลอดก่อนกำหนดจะสูงกว่าเป็น 2.843 เท่า<sup>14</sup>

#### **ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์**

1. รูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ครั้งนี้ ทำให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เกิดความตระหนักรู้ต่อภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในระดับสูง อาจนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้หากมีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกับบริบทของโรงพยาบาลทุ่งฝน

2. ควรเพิ่มการคัดกรองและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในการดูแลเพื่อการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งฝนให้ครอบคลุมทั้งอำเภออย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

3. ควรสนับสนุนให้มีการจัดแผนการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โดยการให้ความรู้และการบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอดร่วมกับ

การให้บริการติดตามดูแลเยี่ยมบ้านในเชิงรุกและนัดติดตามพบแพทย์ให้มีความถี่เพิ่มขึ้นกรณีที่พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

### ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยเน้นเพิ่มความรู้เน้นที่ความตระหนักและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงสูงของการตั้งครรภ์

### เอกสารอ้างอิง

1. วรณชนก ลิ้มจรรย์. สถานการณ์การตายมารดาไทยปี พ.ศ.2563. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี 2560. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.
3. ชลธิชา รักษาธรรม, ทวีศักดิ์ กสิผล, กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม. แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19: 348-56.
4. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เขตสุขภาพที่ 8 [อินเทอร์เน็ต]. 2565.[เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://r8way.moph.go.th/r8way>
5. ศิริวรรณ แสงอินทร์, ช่อทิพย์ ผลกุล. ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก. รายงานโครงการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
6. สุดานี บุณนเบญจเสถียร. ประสิทธิภาพของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามมาตรการการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแม่จัน. เชียงรายเวชสาร 2560; 9(2): 41-52.
7. พิมพ์พรณ ต่างวิวัฒน์. บรรณาธิการ. คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. คณะทำงานทบทวนแนวทางการฝากครรภ์ของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
8. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 97 ง 18 เมษายน 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 29 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles>
9. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, นกศพร เทวะเศกสรรค์, เยวพา วรณแก้ว. ประสิทธิภาพของการให้นักศึกษาจัดให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยใช้วิธีการสาธิต,วารสารเทคโนโลยีการจัดการ 2563; 1(1): 47-53.
10. ดาราวรรณ มณีกุลทรัพย์, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, สุพัฒน์ อาสนะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563; 3(2): 1-12.
11. กรรณิกา เพ็ชรรักษ์, อุตม์ชญาณ์ อินทเรือง, ฝนทอง จิตจำนง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดในมารดาหลังคลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2562; 34(1): 87-100.
12. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ชุตินา ปัญญาพินิจนุญ, ณัฐธิดา สอนนาค. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 38(2): 95-109.

13. Barrios MA, Alvarado GF. Risk Factors for premature birth in a hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem Epub 2016; 24: 2750-8.
14. วิทมา ธรรมเจริญ, นิทัศน์ย์ เจริญงาม, ญาดากา โชติติลล. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2561; 10(19): 188-200.
15. เพียงขวัญ ภูทอง, พิรณันท์ วิศาลสกุลวงษ์. การดูแลแบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. วารสารก่อการณย์ 2562; 26(2): 156-68.
16. ชุติมา เทียนชัยทัศน์, กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, นภาพร เกตุทอง, ชนุตพร สมใจ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2565; 5(1): 35-46.
17. รัตนภรณ์ ธนศิริจิรานนท์. การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์. วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2562; 3(1): 1-11.