

การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครรภ์เสี่ยงสูงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

โกสินี วุฒิสาร, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดและเปรียบเทียบความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด และภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 44 คน ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ แบบคัดกรองภาวะเสี่ยง CVI=1 แบบสอบถามความรู้ KR-20= 0.83 และพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ $\alpha = 0.87$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โดยใช้วงจร PDCA ผลการพัฒนา พบว่า 1) บุคลากรผู้ให้บริการ มีคู่มือแนวทางการบริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูงที่มีประสิทธิภาพ 2) หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ที่รับบริการฝากครรภ์เสี่ยงได้รับโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงและการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อน หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.833$, $p < 0.001$) มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.963$, $p < 0.001$) มีภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุดคือ เลือดออกในไตรมาส 2,3 ร้อยละ 43.2 รองลงมาคือเคยคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน ร้อยละ 22.7 และน้อยที่สุดคือไม่มีภาวะเสี่ยง ร้อยละ 0.0 หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยภาวะเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 100.0

ข้อเสนอแนะ: การให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดนี้ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นและมีความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยง การคลอดก่อนกำหนด

*โรงพยาบาลวังสามหมอ อำเภอสว่างสามหมอก จังหวัดอุดรธานี

Development of high-risk antenatal clinic service model for prevention of preterm birth Wangsammo Hospital Udon Thani Province

Kosinee Wutisan, B.N.S.*

Abstract

This Action Research aims to study high-risk antenatal clinic service model of preterm birth and compare knowledge about pregnancy risks, behaviors to prevent the risk of preterm birth and risk conditions of pregnant women before and after operation. The sample group consisted of 44 pregnant women between October and December 2024. Research tools used were questionnaires, including CVI risk screening form = 1, knowledge questionnaire KR-20 = 0.83, and pregnancy risk prevention behavior alpha = 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test and Wilcoxon Signed Ranks Test.

Results: It was found that development of high-risk antenatal clinic service model for prevention of preterm birth, using the PDCA cycle, the development results found that 1) Service personnel there was a guideline for effective high-risk antenatal clinic services. 2) Pregnant women and families those receiving prenatal care at risk receive program to risk knowledge and prevention of preterm birth and complications. After the operation, the sample group's overall pregnancy risk knowledge score increased significantly ($Z=-3.833$, $p<0.001$). There was a statistically significant increase in the overall mean behavior to prevent the risk of premature birth ($Z=-4.963$, $p<0.001$). The most risk conditions for pregnant women are: Bleeding in the 2nd-3rd trimester, 43.2%, followed by having had a premature birth in a previous pregnancy, 22.7%, and the lowest being no risk factors, 0.0%. Pregnant women had an overall average risk score at a low risk level of 100.0%.

Suggestions: Providing antenatal clinic services is risky to prevent this condition of premature birth. It will make pregnant women have more knowledge and behavior to prevent the risks of pregnancy and keep the risk at a low level.

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

* Wangsammo Hospital, Wangsammo District, Udon Thani Province

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุให้ทารกคลอดออกมาก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80¹ อัตราการคลอดก่อนกำหนดของทั่วโลกอยู่ในช่วง 5-18 ต่อการเกิดมีชีพ 100 ราย² การคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของทารกแรกคลอด ทั้งยังมีผลต่อสุขภาพของทารกในระยะยาวด้วย เช่น ภาวะสมองพิการ การทำงานของปอดผิดปกติ การมองเห็น และการได้ยินผิดปกติ โดยเฉพาะทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์³ อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกทวีปเอเชีย และประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 9.66, 11.00 และ 10.83 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าในเอเชียและประเทศไทยยังคงมีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าทั่วโลก⁴ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังเป็นสาเหตุหลักของการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ไปยังโรงพยาบาลอื่น เป็นสาเหตุให้ทารกที่คลอดก่อนกำหนดต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลต่อความวิตกกังวลในครอบครัว และในการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนดยังมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลเพิ่มขึ้นอีกด้วย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดนั้น มีหลายสาเหตุ เช่น การตั้งครรภ์แฝด⁵ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด⁶ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงก่อนกำหนด มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน³ การคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากการดามิภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมระหว่างตั้งครรภ์ มีภาวะรกเกาะต่ำ การฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ และ การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น⁷ ในประเทศไทย จากการรายงานสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2564 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.47 โดยในจังหวัดอุดรธานี ในปี 2565-2567 อัตราการคลอดก่อนกำหนดพบร้อยละ 9.60, 6.60 และ 6.25 ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลวังสามหมอ ในปีงบประมาณ 2565 - 2567 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 4.05, 5.81 และ 5.04 ตามลำดับ มารดาตั้งครรภ์ได้รับการยืนยันการคลอดที่โรงพยาบาลวังสามหมอ โรงพยาบาลแม่โขง (โรงพยาบาลกุมภวาปี) และโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จำนวน 42 ราย, 38 ราย และ 69 ราย ตามลำดับ พบมารดาครรภ์เสี่ยงคลอดก่อนกำหนด 4 ราย, 6 ราย และ 8 ราย ตามลำดับและพบทารกที่เกิดจากการดามิภาวะแทรกซ้อนจำนวนตามลำดับดังนี้ 2 ราย, 6 ราย และ 4 ราย⁸

จากการทบทวนข้อมูลสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลวังสามหมอ ช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทั้งหมด มีจำนวน 309 คน, 275 คน และ 254 คน ตามลำดับ พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์ จำนวน 109 คน (ร้อยละ 52.28), 78 คน (ร้อยละ 28.36) และ 110 คน (ร้อยละ 43.31) ตามลำดับ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 9 คน, 7 คน และ 10 คน ตามลำดับ มีภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 3 คน, 4 คน และ 1 คน ตามลำดับ และหญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด จำนวน 6 คน, 7 คน และ 5 คน ตามลำดับ สภาพปัญหาของโรงพยาบาลวังสามหมอ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มีสูติแพทย์และกุมารแพทย์ การส่งต่อมารดาคลอดและทารกแรกเกิดมีทั้งระบบแม่โขงและโรงพยาบาลอุดรธานี โดยการส่งต่อมารดาเพื่อยืนยันการคลอด ในเวลาราชการจะส่งต่อโรงพยาบาลแม่โขง นอกเวลาราชการส่งต่อโรงพยาบาลอุดรธานี ส่วนทารกแรกเกิดจะส่งต่อโรงพยาบาลอุดรธานีเท่านั้น กระบวนการการดูแลในโรงพยาบาล จะใช้แนวทางการดูแลของ MCH board ระดับจังหวัด โดยการให้ยา nifedipine loading dose ทุก 30 นาที x 3 ครั้ง หาก inhibit ไม่สำเร็จให้ส่งต่อมารดาคลอด ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ดังนั้นเพื่อพัฒนาระบบการบริการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น คลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูง ในโรงพยาบาลวังสามหมอ จึงได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้หญิงตั้งครรภ์สามารถคลอดได้ปลอดภัย และมีคุณภาพ ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลรวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานให้มีประสิทธิภาพและทักษะการดูแล การป้องกันภาวะ

เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาถึง การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด และภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรแทรกแซง คือ รูปแบบการให้บริการคลินิกครรภ์เสี่ยงสูง โรงพยาบาลวังสามหมอ ดังนี้ 1) การให้ความรู้รายกลุ่ม 2) การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง 3) การให้ความรู้รายบุคคลกรณีหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง 4) การจัดโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์

ตัวแปรตาม คือ การประเมินผลเปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา ได้แก่ ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาในคลินิกครรภ์เสี่ยงโรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 - มกราคม 2568

ประชากรที่ศึกษา ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 44 คน คำนวณโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มประชากรที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁹ ทุกกลุ่มอายุที่มารับบริการในคลินิกครรภ์เสี่ยง โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี
2. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะตั้งครรภ์ซึ่งทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงตายสูงหรือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ในช่วงระยะเวลาศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก เนื้องอกในมดลูก มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์
2. ข้อมูลการรักษาที่จำเป็นสำหรับการศึกษาไม่ครบถ้วน ประกอบด้วย ประวัติอดีต ประวัติครรภ์ปัจจุบัน ประวัติทางอายุรกรรม ผลการประเมินความรุนแรงของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด การตรวจประเมินปากมดลูกและการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินการหดตัวของมดลูก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชุดเครื่องมือ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือแนวทางการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลวังสามหมอ โดยได้มีการจัดกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง ดังนี้

1) การบริการระยะตั้งครรภ์ (20 นาที) โดยทำแบบสอบถามก่อนร่วมกิจกรรม (pretest) การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็ก “อุดรโมเดล” (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2567) ระบบนัด 8 ครั้งคุณภาพ ดังนี้ 1) เมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ 2) 13 - 20 สัปดาห์ 3) 21 - 26 สัปดาห์ 4) 27 - 30 สัปดาห์ 5) 31-34 สัปดาห์ 6) 35-36 สัปดาห์ 7) 37-38 สัปดาห์ 8) 39-40 สัปดาห์ขึ้นไป

2) การตรวจเพิ่ม กรณีเสี่ยงสูง (High Risk) และเสี่ยงสูงมาก (Very High Risk) (1 ชั่วโมง)

3) คัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ (5 นาที)

- 4) ให้ความรู้รายบุคคล (1 ชั่วโมง) กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง (5 นาที)
- 5) โปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (10 นาที)
- 6) บริการระยะคลอด มีแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- 7) แผนเยี่ยมบ้านช่วงหลังคลอด 3 ครั้ง
- 8) แนวทางลดอัตราการเกิดและลดความรุนแรงภาวะแทรกซ้อน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของ ศิริวรรณ แสงอินทร์ และ ช่อทิพย์ ผลกุล¹⁰ ในด้านความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 1) ความรู้ภาวะเสี่ยงต่อตนเอง คำถามเช่น ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์คือการตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อแม่และทารกในครรภ์ ภาวะเสี่ยงที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นต้น และ 2) ความรู้ภาวะเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ คำถามเช่น ภาวะเสี่ยงของลูกในระหว่างตั้งครรภ์ เกิดอันตรายหรือเสียชีวิตคือ มีประวัติเคยคลอดลูกแล้วลูกเสียชีวิตในครรภ์ เป็นต้น

ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่ได้คะแนน การแปลผลคะแนนรวม 20 คะแนน กำหนดการแบ่งค่าร้อยละออกเป็น 3 ระดับ¹¹ คือ ระดับต่ำได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (< 12 คะแนน) ระดับพอใช้ได้คะแนนร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน) ระดับดีได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (16 คะแนนขึ้นไป)

สำหรับแบบสอบถามในส่วนที่ 2-3 ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของ สุธานี บุณเบญจเสถียร¹² และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ มีจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับความรู้การปฏิบัติในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการป้องกันตนเองจากภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด คำถามเช่น เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิดอาจทำให้คลอดก่อนกำหนด อาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด และการหดตัวของมดลูกอย่างน้อย 5 ครั้งต่อชั่วโมง เป็นอาการเตือนคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น คำตอบเป็น rating scale 1-5 ระดับ¹³ ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมนั้น ถึง 5 มีพฤติกรรมนั้นมากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁴ ดังนี้ ระดับต่ำ (คะแนน 10.00-23.33) ระดับปานกลาง (คะแนน 23.34-36.66) ระดับมาก (คะแนน 36.67-50.00)

ส่วนที่ 3 การคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 29 ข้อ โดยใช้แบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ด้วยคำถามแบบคัดกรอง Preterm classifying form จังหวัดอุดรธานี เกี่ยวกับการดูแลมารดาตั้งครรภ์³ เป็นการฝากครรภ์ 8 ครั้งคุณภาพ และการดูแลตามมาตรฐานตามเกณฑ์ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ คะแนนประเมิน คือ ไม่มีให้รหัส 0, มีให้รหัส 1

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยระดับความเสี่ยง 29 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ระดับต่ำ (คะแนน 0.0-9.66) ระดับปานกลาง (คะแนน 9.67-19.33) ระดับสูง (คะแนน 19.34 ขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความตรงที่ได้ไม่สามารถแสดงได้ด้วยค่าสถิติหรือ คำนวณออกมาเป็นตัวเลข แต่เป็นความเห็นพ้องต้องกันของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน การวิจัยครั้งนี้ คือ แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ค่า CVI = 1

2. การหาค่าอำนาจจำแนกความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ได้ค่า KR-20 = 0.83

3. การหาค่าเชื่อมั่น (Reliability) โดยจะนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) กับโรงพยาบาลกุมภวาปี (โรงพยาบาล node) ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามมาหา

ค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ คือ พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ $\alpha = 0.87$

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างจริง รับข้อมูลแบบสอบถามกลับตรวจสอบความถูกต้องลงรหัส ทำการวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ โดยสถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t – test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 1068 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2567

ผลการศึกษา

1. การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ในการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ครั้งนี้ โดยใช้กระบวนการคุณภาพวงจร PDCA การให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงประกอบด้วย 9 มาตรฐาน ดังนี้ 1) การปฏิบัติการผดุงครรภ์แบบองค์รวม 2) การดูแลก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ ของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง 3) ปฏิบัติการผดุงครรภ์เพื่อรักษาชีวิต 4) การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการ 5) การจัดการดูแลต่อเนื่อง 6) ประสานส่งต่อการดูแลผู้รับบริการ 7) การบันทึกและรายงาน 8) ติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพการบันทึกและรายงาน 9) รายงานการปฏิบัติการเพื่อสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการพัฒนา พบว่า 1) บุคลากรผู้ให้บริการ มีคู่มือแนวทางการบริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูงที่มีประสิทธิภาพ 2) หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ที่รับบริการฝากครรภ์เสี่ยงได้รับโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงและการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด

ปัญหาการบริการแบบเดิม	กิจกรรมรูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยง	ผลการพัฒนา
1. ในโรงพยาบาลวังสามหมอ ช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์ ร้อยละ 52.28, 28.36 และ 43.31 ตามลำดับ	วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาการบริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูงที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยใช้กระบวนการคุณภาพวงจร PDCA ประกอบด้วย 9 มาตรฐาน ดังนี้ 1. การปฏิบัติการผดุงครรภ์ทั่วไป แบบองค์รวม 2. การดูแลก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ 3. ปฏิบัติการผดุงครรภ์เพื่อรักษาชีวิต 4. การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการ 5. การจัดการดูแลต่อเนื่อง	-มีคู่มือแนวทางการบริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูงที่มีประสิทธิภาพ
2. มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 9 คน, 7 คน และ 10 คน ตามลำดับ 3. มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 3 คน, 4 คน และ 1 คน ตามลำดับ และหญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด จำนวน 6 คน, 7 คน และ 5 คน ตามลำดับ	6. ประสานส่งต่อการดูแลผู้รับบริการ 7. การบันทึกและรายงาน 8. ติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพการบันทึก 9. รายงานการปฏิบัติการ การจัดกิจกรรม การให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด จำนวน 8 กิจกรรม ได้แก่ 1. การบริการระยะตั้งครรภ์ การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ตามยุทธศาสตร์ “อุดรโมเดล” 2. การตรวจเพิ่ม กรณีเสี่ยงสูงและเสี่ยงสูงมาก 3. การคัดกรองภาวะเสี่ยง 4. ให้ความรู้รายบุคคลกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง 5. จัดกิจกรรมโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงและการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 6. บริการระยะคลอด ในงานห้องคลอดมีแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการวางแผนจำหน่าย 7. แผนเยี่ยมบ้านช่วงหลังคลอด ครั้งที่ 1 คือ หลังคลอดไม่เกิน 7 วัน ครั้งที่ 2 คือ หลังคลอด 8 –15 วัน ครั้งที่ 3 คือ หลังคลอด 16 –42 วัน 8. แนวทางลดอัตราการเกิดและลดความรุนแรงภาวะแทรกซ้อน	-มารดาที่รับบริการฝากครรภ์เสี่ยงได้รับโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงและการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อน

ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พบว่า หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือภาวะเสี่ยงจากการเสพยาเสพติด ขณะตั้งครรภ์ จากร้อยละ 43.2 เป็นร้อยละ 56.8 รองลงมาคือภาวะเสี่ยงของลูกที่ต้องเข้าไปอยู่ในห่อผู้ป่วยหนักไม่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ จากร้อยละ 45.5 เป็นร้อยละ 56.8 และมีความรู้ที่น้อยที่สุดคือภาวะเสี่ยงของมารดาคือการเคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัมขึ้นไป จากร้อยละ 11.4 เป็นร้อยละ 20.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ รายข้อตอบถูก ก่อนและหลังดำเนินการ (n=44)

ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์คือ การตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อแม่และทารกในครรภ์	12	27.3	14	31.8
2. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ไม่ใช่ความเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์	14	31.8	15	34.1
3. อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ อาการท้องแข็งตึงเป็นพักๆ สม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาที	13	29.5	15	34.1
4. การมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์นี้	8	18.2	11	25.0
5. ภาวะเสี่ยงของมารดาคือการเคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัมขึ้นไป	5	11.4	9	20.5
6. ภาวะเสี่ยงต่อมารดาที่เคยคลอดบุตรน้ำหนัก 3,000 กรัม	16	36.4	19	43.2
7. การฝากครรภ์เร็วและสม่ำเสมอ ช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	16	36.4	20	45.5
8. จำนวนครั้งที่คลอดบุตรไม่ใช่ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะมีความผิดปกติ	14	31.8	18	40.9
9. การมีภาวะโลหิตจาง และขาดสารอาหาร ทำให้คลอดก่อนกำหนดได้	10	22.7	14	31.8
10. ภาวะเสี่ยงของลูกที่ต้องเข้าไปอยู่ในหอผู้ป่วยหนักไม่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์	20	45.5	25	56.8
11. ทารกที่คลอดก่อนกำหนด ปอดจะทำงานได้ไม่ดีและทำให้มีภาวะหายใจลำบากได้	15	34.1	19	43.2
12. ภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อลูกระหว่างตั้งครรภ์	7	15.9	12	27.3
13. ภาวะเสี่ยงจากการเคยเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลไม่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการตั้งครรภ์	14	31.8	18	40.9
14. การคลอดก่อนกำหนดคือการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์	11	25.0	15	34.1
15. การตั้งครรภ์แฝดไม่เป็นภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด	8	18.2	12	27.3
16. เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต้องรีบมา รพ. เพื่อพบแพทย์	19	43.2	24	54.5
พิจารณาให้ยาระงับการเจ็บครรภ์คลอด				
17. ผู้ตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ไม่เป็นภาวะเสี่ยง	17	38.6	21	47.7
18. ภาวะเสี่ยงจากการเสพยาเสพติด ขณะตั้งครรภ์	19	43.2	25	56.8
19. โลหิตจาง ไม่เป็นภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์	14	31.8	18	40.9
20. ภาวะเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขณะตั้งครรภ์	13	29.5	17	38.6

เปรียบเทียบคะแนนความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยรวม พบว่า หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-3.833$, $p<0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยรวม ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ (n= 8)

ความรู้ในการปฏิบัติตัว	คะแนนเต็ม	มาตรฐาน	Z	95%CI	p-value
ก่อนพัฒนา	20	7.00	-3.833	1.95-2.49	<0.001*
หลังพัฒนา	20	8.00			

* $p<0.05$, Wilcoxon signed Rank test

พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด โดยรวม พบว่า หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงมากที่สุดคือเมื่อมีอาการปัสสาวะแสบขัดขณะตั้งครรภ์ จำเป็นต้องไปโรงพยาบาล ก่อนเวลานัดตรวจครรภ์ จาก 3.73 ± 0.99 เป็น 3.95 ± 0.77 รองลงมาคือเมื่อพบอาการเตือน คือ หากยังไม่มูกปนเลือด น้ำคร่ำ หรือมีเลือดออก ให้ปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ดื่มน้ำ 1 – 2 แก้ว และหยุดพัก 1 ชั่วโมง จาก 3.70 ± 0.93 เป็น 3.93 ± 0.69 และน้อยที่สุดคือ มีการกระตุ้นห้วงนมหรือการเตรียมห้วงนมเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์ จาก 2.68 ± 0.88 เป็น 2.91 ± 0.93 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด จำแนกรายข้อระหว่างก่อน และหลังดำเนินการ (n=44)

พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยง	ก่อน	หลัง
	Mean \pm SD	Mean \pm SD
1. เคยมีอาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด เช่น ปวดบั้นเอว ปวดถ่วงท้องน้อยคล้ายประจำเดือน	3.59 \pm 0.54	3.82 \pm 0.65
2. เมื่อพบอาการเตือน คือ หากยังไม่มูกปนเลือด น้ำคร่ำ หรือมีเลือดออก ให้ปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ดื่มน้ำ 1 – 2 แก้ว และหยุดพัก 1 ชั่วโมง	3.70 \pm 0.93	3.93 \pm 0.69
3. เมื่อมีอาการปัสสาวะแสบขัดขณะตั้งครรภ์ จำเป็นต้องไปโรงพยาบาลก่อนเวลานัดตรวจครรภ์	3.73 \pm 0.99	3.95 \pm 0.77
4. เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคลอด ภาวะน้ำเดิน หรือภาวะเลือดออกคืออาการเตือนคลอดก่อนกำหนด	3.41 \pm 0.97	3.64 \pm 0.83
5. ทำงานหนัก รับประทานอาหารแสลง ดื่มน้ำอัดลม พักผ่อนไม่เพียงพอ	3.11 \pm 0.89	3.34 \pm 0.83
6. เมื่อมีอาการเตือนท่านรู้ว่าต้องจดบันทึกจำนวนครั้งของการหดตัวของมดลูก ปริมาณ และลักษณะของน้ำคัตหลังจากช่องคลอด	2.70 \pm 0.90	2.93 \pm 0.95
7. ขณะตั้งครรภ์ท่านได้จัดการทำงานหนักและไม่เดินทางไกล	2.70 \pm 1.02	2.93 \pm 1.06
8. มีการกระตุ้นห้วงนมหรือการเตรียมห้วงนมเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์	2.68 \pm 0.88	2.91 \pm 0.93
9. การหดตัวของมดลูกอย่างน้อย 5 ครั้งต่อชั่วโมง เป็นอาการเตือนคลอดก่อนกำหนดหยุดพัก 1 ชั่วโมงแล้วไม่ดีขึ้น ท่านจะพักต่อไปอีก 2 ชั่วโมงป้องกันคลอดก่อนกำหนด	2.77 \pm 0.88	3.00 \pm 0.91
10. ดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ทุกวัน	2.95 \pm 1.01	3.18 \pm 0.99

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดโดยรวม พบว่า หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.963$, $p<0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ (n=44)

การปฏิบัติการ	Mean±SD	t	95%CI	p-value
ก่อนพัฒนา	31.36±5.77	-4.963	1.34-3.19	<0.001*
หลังพัฒนา	33.64±4.81			

*p-value<0.05, Paired t-test

ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ พบว่ามีภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุดคือ เลือดออกในไตรมาส 2,3 ร้อยละ 43.2 รองลงมาคือเคยคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน ร้อยละ 22.7 และน้อยที่สุดร้อยละ 0.0 หรือไม่มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ มีประวัติPrevious C/S ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป เคยคลอดบุตร4 ครั้งขึ้นไป (Grand multipara) GA > 40 สัปดาห์, G 4 ขึ้นไป อายุน้อยกว่า 15 ปี (นับถึงกำหนดคลอด) เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือกำลังรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง มีโรคหลอดเลือดหัวใจ Heart disease (FC III, IV) Blood group Rh negative มีความพิการที่มีผลต่อการคลอดการแบ่งคลอด เช่น ปัญหาเกี่ยวกับ กระดูกอุ้งเชิงกราน และแขนขาและปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร ตรวจพบความผิดปกติของทารกพิการแต่กำเนิด AFI < 5 cm หรือ AFI > 20 cm มีผลการตรวจพบโรคทางจิตเวช Covid-19 positive with Pneumonia (หรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุกรรม) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ (n=44)

รายการภาวะเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
1. มีประวัติPrevious C/S ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป		
ไม่มี	44	100.0
มี	0	0.0
2. เคยคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน		
ไม่มี	34	77.3
มี	10	22.7
3. เคยคลอดบุตร4 ครั้งขึ้นไป (Grand multipara)		
ไม่มี	44	100.0
มี	0	0.0
4. เคยคลอดติดไหล่		
ไม่มี	39	88.6
มี	5	11.4
5. เคยคลอดทารกเสียชีวิตในครรภ์		
ไม่มี	41	93.2
มี	3	6.8
6. เคยคลอดทารกน้ำหนักทารก < 2,500 กรัม		
ไม่มี	38	86.4
มี	6	13.6
7. เคยคลอดทารกน้ำหนักทารก > 4,000 กรัม		
ไม่มี	35	79.5
มี	9	20.5
8. เคยเป็นครรภ์เป็นพิษมาก่อน		
ไม่มี	39	88.6
มี	5	11.4

ตารางที่ 6 ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

รายการภาวะเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
9. BMIฝากครรภ์ครั้งแรก $\geq 30\text{kg/m}^2$, BMI $\leq 18\text{kg/m}^2$		
ไม่มี	40	90.9
มี	4	9.1
10. Hct $< 27\text{ vol}\%$		
ไม่มี	36	81.8
มี	8	18.2
11. กำลังรักษาโรคความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ		
ไม่มี	42	95.5
มี	2	4.5
12. ครรภ์แฝด		
ไม่มี	37	84.1
มี	7	15.9
13. มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติก่อนการตั้งครรภ์ (TG ≥ 250 มก./ดล. หรือ HDL-C < 35 มก./ดล.)		
ไม่มี	43	97.7
มี	1	2.3
14. GA > 40 สัปดาห์, G 4 ขึ้นไป		
ไม่มี	44	100.0
15. อายุน้อยกว่า 15 ปี (นับถึงกำหนดคลอด)		
ไม่มี	44	100.0
16. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี (นับถึงกำหนดคลอด)		
ไม่มี	43	97.7
มี	1	2.3
17. เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือกำลังรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	44	100.0
มี	0	0.0
18. มีโรคหลอดเลือดหัวใจ Heart disease (FC III, IV)		
ไม่มี	44	100.0
19. เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
ไม่มี	37	84.1
มี	7	15.9
20. ตรวจพบ Myoma, Ovarian tumor		
ไม่มี	39	88.6
มี	5	11.4
21. เลือดออกในไตรมาส 2,3		
ไม่มี	25	56.8
มี	19	43.2
22. Blood group Rh negative		
ไม่มี	44	100.0
23. GA > 36 สัปดาห์ ที่ส่วนหน้าไม่ใช่ท่าศีรษะ		
ไม่มี	43	97.7
มี	1	2.3

ตารางที่ 6 ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)

รายการภาวะเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
24. มีความพิการที่มีผลต่อการคลอดการเบ่งคลอด		
ไม่มี	44	100.0
25. ดิทยาเสฟติด, เหล้า, บุหรี่		
ไม่มี	36	81.8
มี	8	18.2
26. ตรวจพบความผิดปกติของทารกพิการแต่กำเนิด		
ไม่มี	44	100.0
27. AFI < 5 cm หรือ AFI > 20 cm		
ไม่มี	44	100.0
28. มีผลการตรวจพบโรคทางจิตเวช		
ไม่มี	44	100.0
29. Covid-19 positive with Pneumonia (หรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุกรรม)		
ไม่มี	44	100.0

คะแนนเฉลี่ยภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์โดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์โดยรวม (n=44)

คะแนนเฉลี่ยระดับความเสี่ยง 29 คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน 0.00-9.66 มีภาวะเสี่ยงต่ำ	44	100.0
คะแนน 9.67-19.33 มีภาวะเสี่ยงปานกลาง	0	0.0
คะแนน 19.34 ขึ้นไป มีภาวะเสี่ยงสูง	0	0.0

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ในการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ครั้งนี้ โดยใช้กระบวนการคุณภาพวงจร PDCA การให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงประกอบด้วย 9 มาตรฐาน ดังนี้ 1) การปฏิบัติการผดุงครรภ์แบบองค์รวม 2) การดูแลก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ ของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง 3) ปฏิบัติการผดุงครรภ์เพื่อรักษาชีวิต 4) การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการ 5) การจัดการดูแลต่อเนื่อง 6) ประสานส่งต่อการดูแลผู้รับบริการ 7) การบันทึกและรายงาน 8) ติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพการบันทึกและรายงาน 9) รายงานการปฏิบัติการเพื่อสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการพัฒนา พบว่า 1) บุคลากรผู้ให้บริการ มีคู่มือแนวทางการบริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูงที่มีประสิทธิภาพ 2) หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ที่รับบริการฝากครรภ์เสี่ยงได้รับโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงและการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้เนื่องจาก ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถทนต่อสภาวะเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น เหล่านี้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น และทราบถึงแนวทางการ ป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน จะสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงและสามารถ พัฒนาตนเองและครอบครัวให้รับบทบาทใหม่ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่ความเชื่อทางศาสนาที่เคร่งกล้า มีประเพณีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะพื้นที่และยังคงฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณ หรือโตะปีเตเพื่อทำพิธีกรรมในครรภ์แรกโดยการบอกกล่าวคาถาและการตรวจท้องเพื่อ

ขอให้ปลอดภัยทั้งแม่และลูกในท้อง ร่วมกับฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อประโยชน์อันสูงสุดแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด¹⁵ และการศึกษาของ จุฬารัตน์ ท้าวหาญ และคณะ¹⁶ ทำการศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่หญิงตั้งครรภ์ พบว่า หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแผนการให้ความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พบว่า หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือภาวะเสี่ยงจากการเสพยาเสพติด ขณะตั้งครรภ์ รองลงมาคือภาวะเสี่ยงของลูกที่ต้องเข้าไปอยู่ในครรภ์ของแม่ไม่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ และน้อยที่สุดคือภาวะเสี่ยงของมารดาคือการเคยคลอดบุตรน้ำหนักร้อยกว่า 2,500 กรัมขึ้นไป ตามลำดับ และหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ มีภาวะเสี่ยงได้ด้วยสาเหตุหลายประการ หากไม่มีความรู้มากที่สุดเรื่องภาวะเสี่ยงของลูกที่ต้องเข้าไปอยู่ในครรภ์ของแม่ จากที่ทารกคลอดก่อนกำหนดหรืออาจเสียชีวิตในครรภ์ได้

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ความรู้ด้านสุขภาพรายด้านที่พบความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ความรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ ความรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ ตามลำดับ¹⁷ และการศึกษาของ กรรณิกา เพ็ชรรักษ์ และคณะ¹⁸ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การคลอดก่อนกำหนดในมารดาหลังคลอด พบว่า ความรู้การคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด พบว่า หลังดำเนินการมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงมากที่สุดคือเมื่อมีอาการปัสสาวะแสบขัดขณะตั้งครรภ์ จำเป็นต้องไปโรงพยาบาลก่อนเวลานัดตรวจครรภ์ รองลงมาคือเมื่อพบอาการเตือน คือ หากยังไม่มูกปนเลือด น้ำคร่ำ หรือมีเลือดออก ให้ปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ดื่มน้ำ 1 – 2 แก้ว และหยุดพัก 1 ชั่วโมง น้อยที่สุดคือ มีการกระตุ้นหัตถ์นมหรือการเตรียมหัตถ์นมเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์ ตามลำดับและหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก การเฝ้าระวังภาวะครรภ์เสี่ยง และเมื่อตั้งครรภ์แล้วก็ควรมาฝากครรภ์ รวมทั้งมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดโอกาสที่จะเกิดภาวะครรภ์เสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์¹⁹ จากการศึกษาภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การดูแลก่อนคลอดไม่เพียงพอ และขาดการดูแลก่อนคลอด²⁰ การมีภาวะแทรกซ้อนทางนรีเวชกรรม อายุครรภ์ และเป็นผู้ป่วยในจะมีโอกาสของการคลอดก่อนกำหนดจะสูงกว่าเป็น 2.8 เท่า²¹

4. ผลการประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ พบว่ามีภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุดคือเลือดออกในไตรมาส 2,3 รองลงมาคือเคยคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน และน้อยที่สุดคือไม่มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ มีประวัติ Previous C/S ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป เคยคลอดบุตร 4 ครั้งขึ้นไป (Grand multipara) GA > 40 สัปดาห์, G 4 ขึ้นไป อายุต่ำกว่า 15 ปี (นับถึงกำหนดคลอด) เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือกำลังรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง มีโรคหลอดเลือดหัวใจ Heart disease (FC III, IV) Blood group Rh negative มีความพิการที่มีผลต่อการคลอดการแบ่งคลอด เช่น ปัญหาเกี่ยวกับ กระดูกอุ้งเชิงกรานและแขนขาและปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร ตรวจพบความผิดปกติของทารกพิการแต่กำเนิด AFI < 5 cm หรือ AFI > 20 cm มีผลการตรวจพบโรคทางจิตเวช Covid-19 positive with Pneumonia (หรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุกรรม) ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 100.0 ทั้งนี้

เนื่องจาก กิจกรรมการให้บริการที่มีการประเมินคัดกรองร่างกายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ เนื่องจาก ภาวะครรภ์เสี่ยงเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาที่ตั้งครรภ์ อาจมีปัญหาสุขภาพ เพราะมีหลายปัจจัยสามารถควบคุมได้ หากพบอาการเสี่ยงต้องรีบมาพบแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ในการเพิ่มพลังอำนาจโดยพยาบาลวางแผน ให้การดูแลที่มีความยืดหยุ่นและจำเพาะต่อสตรีตั้งครรภ์แต่ละราย ซึ่งการวางแผนการผดุงครรภ์แบบต่อเนื่อง ได้พยาบาลต้องใช้เวลาในการสร้างความเชื่อใจ ไว้วางใจ ด้วยความเสมอภาคและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกัน และกัน เพื่อวางแผนการดูแลได้อย่างต่อเนื่องของสตรีตั้งครรภ์²² และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ส่วนบุคคล ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ พบว่า หลังการให้ ความรู้พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับดี และความรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้²³ ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เสี่ยงผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้ง ทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการค้นหา คัดกรอง การประเมิน ช่วยในการการวินิจฉัยการตั้งครรภ์เสี่ยง รวมถึงให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ รวมถึงลดการเกิดความพิการของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด²⁴

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรเพิ่มการประเมินคัดกรองและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและเสี่ยงสูงมากต่อภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เริ่มตั้งแต่ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลวังสามหมอให้ครอบคลุมทั้ง อำเภออย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
2. ควรสนับสนุนให้มีการจัดแผนการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อ ป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โดยการจัดกิจกรรมโปรแกรมความรู้และการบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอดร่วมกับการให้บริการติดตามดูแลเยี่ยมบ้านในเชิงรุกและนัดติดตามพบแพทย์ให้มีความถี่ เพิ่มขึ้นกรณีที่พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง
3. ด้านวิชาการ รูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ครั้งนี้ ทำให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เกิดความตระหนักรู้ต่อภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะ เสี่ยงของการตั้งครรภ์ในระดับสูง อาจนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้หากมีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกับ บริบทของโรงพยาบาลวังสามหมอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยเน้นเพิ่มความรู้ที่ความตระหนัก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อ ป้องกันภาวะเสี่ยงสูงของการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, อีระ ทองสง. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. สูติศาสตร์. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 6. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
2. อุ๋นใจ กอนันตกุล. การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันรักษา. สูตินรีแพทย์สัมพันธ์. 2562; 28(1):8-15.
3. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. ฝากครรภ์ดี มีคุณภาพ ควรฝากก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ [Internet]. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. [cited 2024 February 21]. Available from: <https://hpc9.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated>
4. World Health Organization. Preterm birth [internet]. WHO; 2023 [cited 2023 June 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>
5. Kinpoon K, Chaiyarach S. The incidence and risk factors for preterm delivery in northeast Thailand. Thai J Obstet Gynaecol 2021; 29(2): 100-11.
6. Chang YK, Tseng YT, Chen KT. The epidemiologic characteristics and associated risk factors of preterm birth from doi 2004 to 2013 in Taiwan. BMC pregnancy and childbirth 2020; 20(1): 201-10.
7. สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, อีระ ทองสง. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 6. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. การพัฒนาคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็ก “อุดรโมเดล” เพื่อลดอัตราการตายมารดาเข้าถึงได้จากการคลอด ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย สู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.udo.moph.go.th>
9. อรุณ จิรวัฒนกุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2557.
10. ศิริวรรณ แสงอินทร์, ช่อทิพย์ ผลกุล. ความรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก. รายงานโครงการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
11. Bloom BS. Hand Book on formative and summative evaluation of student learning. New York McGraw-Hill; 1971.
12. สุดานี บุณยเบญจเสถียร. ประสิทธิภาพของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามมาตรการการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแม่จัน. เชียงรายเวชสาร 2560; 9(2): 41-52.
13. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1967.
14. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
15. วรรณชนก ลิมจำรูญ. สถานการณ์การตายมารดาไทยปี พ.ศ.2563. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
16. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, นกศพร เทวะเศกสรรค์, เยาวพา วรรณแก้ว. ประสิทธิภาพของการให้นักศึกษาจัดให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยใช้วิธีการสาธิต,วารสารเทคโนโลยีการจัดการ 2563; 1(1): 47-53.
17. ดาราวรรณ มณีกุลทรัพย์, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, สุพัฒน์ อาสนะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เขตอำเภออานาแก จังหวัดนครพนม. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563; 3(2): 1-12.

18. กรรณิกา เพ็ชรรักษ์, อุทุมมชญาณ์ อินทเรือง, ฝนทอง จิตจำนง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดในมารดาหลังคลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2562; 34(1): 87-100.
19. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกร, ณัฐธิดา สอนนาค. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 38(2): 95-109.
20. Barrios MA, Alvarado GF. Risk Factors for premature birth in a hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem Epub 2016; 24: 2750-8.
21. วิทมา ธรรมเจริญ, นิตศนีย์ เจริญงาม, ญาดากา โชติติลล. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2561; 10(19): 188-200.
22. เพียงขวัญ ภูทอง, พิรนนท์ วิศาลสกุลวงษ์. การดูแลแบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. วารสารเกื้อการุณย์ 2562; 26(2): 156-68.
23. ชุติมา เทียนชัยทัศน์, กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, นภาพร เกตุทอง, ชนุตพร สมใจ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565; 5(1): 35-46.
24. รัตนภรณ์ ชนศิริจิรานนท์. การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์. วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2562; 3(1): 1-11.