

ผลของการให้ความรู้และการบริการสุขภาพต่อภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

นิรันดร์ รวมธรรม, ส.บ., พ.ย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experiment study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา กระบวนการให้ความรู้ และการบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมป้องกัน ภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด และภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ในอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างก่อน และหลังดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 81 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลและแบบคัดกรองภาวะเสี่ยง CVI เท่ากับ +1 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ $\alpha = 0.87$ และพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยง $\alpha = 0.86$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, paired samples T-Test และ ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสรุปเนื้อหา (inductive method)

ผลการศึกษา กระบวนการให้ความรู้และการบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ระยะก่อนคลอด จำนวน 3 ครั้ง ระยะเวลารวม 3 ชั่วโมง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ภาวะครรภ์เสี่ยงและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด ครั้งที่ 2 การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและกิจกรมโรงเรียนพ่อแม่ ครั้งที่ 3 โปรแกรมความรู้ ภาวะเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์ ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่อายุ 20-35 ปี ร้อยละ 70.4 ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 48.1 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 90.1 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.3 รายได้ของ ครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไปต่อเดือนร้อยละ 85.2 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 59.3 ครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 54.3 ผู้ดูแลช่วยเหลือขณะตั้งครรภ์คือ สามี ร้อยละ 43.2 การรับรู้ภาวะเสี่ยงหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ จาก 34.11 ± 6.52 เป็น 36.35 ± 7.54 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) โดยการรับรู้มากที่สุดคือ ภาวะเสี่ยงของการทารกคลอดก่อนกำหนด จาก 3.53 ± 0.90 เป็น 3.80 ± 0.95 ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เพิ่มภาวะเสี่ยงของการทารกเสียชีวิตในครรภ์ จาก 3.52 ± 0.97 เป็น 3.74 ± 1.01 การตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก จาก 3.47 ± 0.72 เป็น 3.70 ± 0.79 ตามลำดับ พฤติกรรม ป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ จาก 30.34 ± 8.04 เป็น 32.98 ± 8.84 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) โดยพฤติกรรมมากที่สุดคือขณะตั้งครรภ์ได้งดการทำงานหนักและไม่เดิน ทางไกล จาก 3.58 ± 0.92 เป็น 3.84 ± 0.85 การกระตุ้นหัวนมเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์ จาก 2.48 ± 1.13 เป็น 2.86 ± 1.19 เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ภาวะน้ำเดิน หรือภาวะเลือดออก คือ อาการเตือนคลอดก่อนกำหนด จาก 3.32 ± 1.16 เป็น 3.47 ± 1.10 เมื่อมีอาการเตือนรู้ว่าต้องจดบันทึกจำนวน ครั้ง ปริมาณและลักษณะของน้ำคัตหลังทางช่องคลอด จาก 3.28 ± 0.91 เป็น 3.47 ± 0.92 ตามลำดับ โดยรวม หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 82.7

สรุป หลังการให้ความรู้และการบริการสุขภาพ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงและพฤติกรรม ป้องกันภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การให้ความรู้; การบริการระยะก่อนคลอด; ภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

Impact of Educational Interventions on Knowledge on the risk perception and health behaviors among Pregnant Women in Phen District, Udon Thani Province

Nirun Ruamtham, B.P.H., B.N.S.*

Abstract

This quasi-experiment research aims to study Knowledge process and providing health services for pregnant women and comparison between before and after the operation, including the perception of the risk of pregnancy. behaviors to prevent the risk of premature birth and the risk of pregnant women in Phen District, Udon Thani Province. 81 of pregnant women sample, between June and July 2023. The research tools were questionnaires, including personal characteristics and risk screening, CVI equal to +1, perceived risk of pregnancy $\alpha = 0.87$ and risk prevention behavior $\alpha = 0.86$. Data were analyzed using statistics, including percentage, mean, standard deviation, paired samples T-Test and inductive method.

Results: The process of educating and providing health services for pregnant women in the prenatal period was 3 sessions with a total duration of 3 hours, namely, the 1st session on risk pregnancies and practices to prevent preterm labor; the 2nd session on preterm labor. and the 3rd parent school activity, the risk awareness program for pregnant women. Most general information, age 20-35 years old 70.4%, first pregnancy 48.1%, gestational age at first antenatal care within 12 weeks 90.1%, high school graduate 54.3%, family income of 10,000 baht or more per month 85.2%, self-employed 59.3%, single family 54.3%, gestational caregiver is husband 43.2%. Risk perception after the operation was significantly higher than before from 34.11 ± 6.52 to 36.35 ± 7.54 ($p < 0.0001$). Most recognition was risk of preterm infants from 3.53 ± 0.90 to 3.80 ± 0.95 , hypertension and diabetes cause complications during pregnancy risk of stillbirth increased from 3.52 ± 0.97 to 3.74 ± 1.01 , and the pregnancy affecting mother and child from 3.47 ± 0.72 to 3.70 ± 0.79 , respectively. Behaviors for preventing the risk of preterm birth after the operation were higher than before the operation from 30.34 ± 8.04 to 32.98 ± 8.84 with statistical significance ($p < 0.0001$). The most common was during pregnancy that you abstained from hard work and did not travel long distances from 3.58 ± 0.92 to 3.84 ± 0.85 . Nipple stimulation over 36 weeks' gestation was from 2.48 ± 1.13 to 2.86 ± 1.19 when there was preterm labor, hydrocephalus. walking or bleeding It was a warning symptom of preterm birth from 3.32 ± 1.16 to 3.47 ± 1.10 . When there were warning signs, write down amount and nature of vaginal secretions were from 3.28 ± 0.91 to 3.47 ± 0.92 respectively. Overall, 82.7% of pregnant women at low risk.

Conclusion: After providing knowledge and health services as a result, pregnant women had a statistically significant increase in risk awareness and risk prevention behaviors than before the operation.

Keywords: Knowledge Interventions; Prenatal Services; Pregnant Women Risk

* Phen District Public Health Office, Udon Thani Province.

บทนำ

จากรายงานสถิติสุขภาพโลกประจำปี ค.ศ.2020 พบว่าการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ซึ่งมีผลมาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คลอด จนถึงหลังการตั้งครรภ์ อันสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพในบางประเทศ จากข้อมูลทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. 2014 ถึง 2019 ร้อยละ 81 ของการเกิดทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีทักษะ แต่ก็ยังพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างภูมิภาค ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการลดอัตราการตายของมารดาและยังแสดงให้เห็นว่าในแต่ละภูมิภาคยังคงต้องใช้เวลาความพยายามให้มากขึ้นในการลดการตายของมารดามีผลกระทบต่อการพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง ทุกประเทศทั่วโลกมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลกในอีก 15 ปีข้างหน้าต้องลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี 2573¹ องค์การอนามัยโลกรายงานอัตราการตายของทารกแรกเกิดต่อการเกิดมีชีพพันคนในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงและเอเชียใต้ พบประเทศไทยมีอัตราการตายของทารกแรกเกิดต่อการเกิดมีชีพ 6.7 ต่อพันคน อยู่ลำดับที่ 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ต่ำที่สุดในภูมิภาคนี้²

สถานการณ์ในประเทศไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินงานเพื่อลดอัตราส่วนการตายมารดาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าอัตราส่วนการตายมารดาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แต่เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนการตายมารดาตั้งแต่ ปี 2558 จนถึงปัจจุบัน พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2556 – 2560 พบอัตราเกิดมีชีพ (Crude birth rate) มีแนวโน้มลดลง โดยมีอัตราเกิดมีชีพต่อประชากร 1,000 คน เท่ากับ 11.6, 11.0, 10.4, 10.2, 10.1 ตามลำดับ ซึ่งตรงข้ามกับอัตราตาย (crude death rate) ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น เท่ากับ 6.6, 6.7, 6.9, 7.2 7.0 และอัตรามารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เท่ากับ 22.2, 23.3, 24.6, 26.6 แต่ลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 21.8 มารดาส่วนใหญ่ตายเนื่องจากสาเหตุทางตรงซึ่งเป็นการตายจากสาเหตุทางสุติกรรมได้แก่ ตกเลือด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสาเหตุการตายขององค์การอนามัยโลกปี 2558 ที่พบว่าสาเหตุการตายหลักของสตรีทั่วโลก ได้แก่ ตกเลือด ครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อและการแท้งที่ไม่ปลอดภัยจากแผนภูมิที่ 6 สาเหตุการตายทางตรงที่พบมากที่สุดมาจากกลุ่มที่ 3 คือเลือดออกในระหว่างการตั้งครรภ์ ความผิดปกติของรก การตกเลือด และนอกจากนี้ยังพบว่าการตายมารดาในกลุ่มที่ 5 คือการตายที่เกิดจากความผิดปกติอื่น ๆ ของมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์และระหว่างคลอด เช่น ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดในปอด การฆ่าตัวตาย ยังเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่มีร้อยละการตายที่สูงรองจากการตกเลือด ส่วนสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (indirect cause) ส่วนใหญ่พบสาเหตุมาจาก มะเร็ง โรคหัวใจ และติดเชื้อ³

สภาพปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมา ประเด็นสำคัญที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายอนามัยแม่และเด็กไม่ประสบความสำเร็จพบว่า การติดตามประเมินและการส่งต่อมารดา-ทารกภาวะวิกฤตฉุกเฉินล่าช้า บุคลากรขาดประสบการณ์และทักษะในการประเมิน การดูแล ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน การเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานบ่อยทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน การบันทึกผลงานในระบบ 21/43 แฟ้มไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดความผิดพลาดของข้อมูลและได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในภาพรวม และความเข้าใจตรงกันในกระบวนการดำเนินงานที่มีคุณภาพ⁴ มาตรการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของบุคลากรทางการแพทย์ตามกระบวนการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โดยบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการพัฒนากระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้การดำเนินงานดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการที่ดี ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย (node) ได้มีการจัดอบรมให้แก่โรงพยาบาลลูกข่าย เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะทางด้านงานอนามัยแม่และเด็ก เกี่ยวกับคำแนะนำซึ่งใช้เป็นแนวทางสำหรับการดูแลภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้สอดคล้องกับคำแนะนำของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย กระบวนการบริการ 5 มาตรการ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ เพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยง การบริการระยะก่อนคลอด การบริการระยะหลังคลอด การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน⁵

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 เพื่อจะได้รับการดูแลและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง จะเห็นได้ว่าสุขภาพของลูกในครรภ์จะสมบูรณ์แข็งแรงได้ ย่อมขึ้นอยู่กับสุขภาพของแม่ ดังนั้นสิ่งจำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทุกคน คือ การได้รับการดูแลและเอาใจใส่ในขณะตั้งครรภ์ทั้งจากตนเอง สามี บิดา มารดา และพี่น้อง รวมถึงการได้รับการดูแลจากแพทย์พยาบาล และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการช่วยเหลือดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ การคลอดบุตร จนถึงหลังคลอดบุตร การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจหรือสุขภาพจิตเพื่อเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปด้วยดีจนกระทั่งคลอด และได้ทารกที่มีสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 8 มีการวางแผนการดูแลหญิงตั้งแต่อ่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด พบว่า Early ANC ,ANC 5 ครั้งคุณภาพ, ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ผ่านเกณฑ์ทุกจังหวัด มารดาตายมีแนวโน้มลดลงแต่ไม่ผ่านเกณฑ์ สาเหตุเสียชีวิตส่วนใหญ่จาก Direct cause 46.87% วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิต พบความล่าช้าด้านผู้รับบริการและความล่าช้าด้านผู้ให้บริการ⁶

สถานการณ์งานบริการหญิงตั้งครรภ์ ในอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ที่คลินิกฝากครรภ์ของศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) โรงพยาบาลเพ็ญและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง ระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2565 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด จำนวน 601, 541, 543 คน ซึ่งมีแนวโน้มลดลง แต่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 90.2, 98.9, 99.4 ตามลำดับ โดยพบว่า การตายของมารดาในเขตอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี มีภาวะเสี่ยงที่เกิดจากสาเหตุ 3 อันดับแรก คือการตกเลือดหลังคลอด ครรภ์เป็นพิษ และโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องโรคประจำตัวของมารดา ด้านการดำเนินงานพบประเด็นปัญหาสำคัญ คือ การติดตามประเมินและการส่งต่อมารดาทารกภาวะวิกฤตฉุกเฉินล่าช้า บุคลากรขาดประสบการณ์และทักษะในการประเมิน การดูแล ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน การบันทึกผลงานในระบบ 21/43 เฝ้ายังไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดความผิดพลาดของข้อมูลและได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน การส่งรายงานล่าช้า ส่งผลต่อการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในภาพรวม พร้อมทั้งความเข้าใจในกระบวนการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ดังนั้น จึงขับเคลื่อนนโยบายมาตรการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยการให้ความรู้ภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และการป้องกันตนเองจากภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์ เช่น เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด อาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น และได้รับการดูแลตามมาตรฐานตามเกณฑ์ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีช่องทางในการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลให้สะดวกมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้การดำเนินงานดูแลหญิงตั้งครรภ์มีคุณภาพเพิ่มขึ้น โดยหน่วยบริการหลักโรงพยาบาลเพ็ญ ได้มีการอบรมบุคลากรผู้ให้บริการในการบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะทางด้านงานอนามัยแม่และเด็กเกี่ยวกับงานบริการฝากครรภ์ การคลอด หลังคลอด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์ในการดูแลรักษาและการบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งการฝากครรภ์เป็นจุดเริ่มต้นแห่งการพัฒนาคุณภาพประชากรเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ให้การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นไปด้วยความราบรื่น มารดาและทารกปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน และมีสุขภาพแข็งแรง⁷

จากสถานการณ์และสภาพปัญหา ในปี 2565 เป็นต้นมา หน่วยบริการหลักโรงพยาบาลเพ็ญ ได้มีการให้บริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) โรงพยาบาลเพ็ญและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ดำเนินงานตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการงานอนามัยแม่และเด็ก โครงการ “อุดรโมเดล ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย สู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน” เพื่อเพิ่ม

ประสิทธิภาพของการดูแล รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานให้มีประสบการณ์และทักษะ การดูแล การป้องกันภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ จึงเป็นเหตุผลการทำการศึกษาถึง ผลของการให้ความรู้และการบริการสุขภาพต่อภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ในอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการให้ความรู้และการบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ในอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด และภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) สถานที่ศึกษา ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) โรงพยาบาลเพ็ญและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ทุกแห่ง ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2566

2. ประชากรที่ศึกษา ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการใน โรงพยาบาลเพ็ญและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวน 543 คน สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด และเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตั้งครรภ์ซึ่งทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงสูงหรือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ในช่วงระยะเวลาศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก ความดันโลหิตสูง เนื้องอกในมดลูก มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์

3. กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย⁸ ดังนี้

$$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma_d^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

σ_d = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.73, Z_α = ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96, Z_β = อำนาจการทดสอบ กำหนดที่ 90% มีค่าเท่ากับ 1.28, $\mu_1 - \mu_2$ = ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 0.56 อ้างอิงจากงานวิจัยของ ธนวัฒน์ รุ่งศิริวัฒนิกิจ⁹ เรื่องการพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน ที่พบว่าคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ก่อนทดลองเท่ากับ 7.78 (SD= 1.79) และหลังการทดลอง เท่ากับ 8.34 (SD=1.73)

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{(1.96+1.28)^2(1.73)^2}{(8.34-7.78)^2} = 56.01 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30 โดยใช้สูตรดังนี้ $N_{nds} = \frac{N}{(1-d)}$

N = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร = 56.01 คน, D = สัดส่วนการสูญเสียหรือถอนตัวกำหนดที่ร้อยละ 30

$$\text{แทนค่า } N_{nds} = \frac{56.01}{(1-0.3)} = 80.01$$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เท่ากับ 81 คน

4. วิธีการสุ่มตัวอย่าง (random sampling) ใช้การคัดเลือกจากอาสาสมัครที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าจนครบตามขนาดตัวอย่าง จำนวน 81 คน

5. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 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 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์มาจากการศึกษาของ ศิริวรรณ แสงอินทร์ และ ช่อทิพย์ ผลกุล¹⁰ ด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย

1) การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อตนเอง คำถามเช่น ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์คือการตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อแม่และทารกในครรภ์ ภาวะเสี่ยงที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คือการเคยผ่าท้องคลอดมาก่อนอาจเสี่ยงต่อการที่แผลผ่าตัดตรงมดลูกเปิดระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะเสี่ยงตกเลือด คือการมีเลือดออกจากช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น และ 2) การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ คำถามเช่น ภาวะเสี่ยงของลูกในระหว่างตั้งครรภ์ เกิดอันตรายหรือเสียชีวิตคือ มีประวัติเคยคลอดลูก แล้วลูกเสียชีวิตในครรภ์ ระหว่างคลอดและหลังคลอดมาก่อน ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะมีความผิดปกติของลูกตั้งแต่อยู่ในครรภ์คือแม่ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ตั้งครรภ์ เป็นต้น

สำหรับแบบสอบถามในส่วนที่ 3-4 ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของ สุธานี บุณเบญจเสถียร¹¹ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด มีจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดและมีการป้องกันตนเองจากภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด คำตอบเป็น rating scale 5 ระดับ คือ 1= ไม่รับรู้ จนถึง 5 =มีการรับรู้มากที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1.00 – 2.33 =ระดับน้อย, 2.34 – 3.67 ระดับปานกลาง, 3.68 – 5.00 ระดับมาก

ส่วนที่ 4 การคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 18 ข้อ การคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ด้วยคำถาม (classifying form) ประยุกต์จากเครื่องมือในคู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข¹² เกี่ยวกับการดูแลมารดาตั้งครรภ์แนวทางใหม่ เป็นการฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ และการดูแลตามมาตรฐานตามเกณฑ์ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ การตอบคำถาม ไม่มี ให้รหัส 0, ตอบว่า มี ให้รหัส 1 การแปลผลคะแนนเต็ม 18 คะแนน คือ 1-6 มีภาวะเสี่ยงต่ำ, 7-12 มีภาวะเสี่ยงปานกลาง, 13 คะแนนขึ้นไป มีภาวะเสี่ยงสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) แบบสอบถามทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน คือ 1) แพทย์หญิง ชัชวาลดี ณ น่าน วุฒิปัตรสสาขาสติศาสตร์และนรีเวชวิทยา 2) นางสาวนงลักษณ์ ขาววันดี ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล และ 3) นางสาวนภสรวรรณ เกตุไธสง ตำแหน่ง หัวหน้างานห้องคลอด พิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถามรายข้อ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีข้อคำถามที่มีค่า CVI เท่ากับ +1 จึงนำมาพิจารณาเป็นข้อคำถามทั้งหมด คือ ลักษณะส่วนบุคคล และแบบคัดกรองภาวะเสี่ยง

2. หาค่าเชื่อมั่น (reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน กับหน่วยบริการในอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี นำแบบสอบถามมาหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) เพื่อหาค่า alpha ปรากฏดังนี้ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ $\alpha = 0.87$ และพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยง $\alpha = 0.86$

การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ โดยใช้ร้อยละ (percentage) ข้อมูลต่อเนื่อง แจกแจงแบบ normal distribution โดยใช้ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) โดยใช้ paired samples T-Test สำหรับการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด และภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสรุปเนื้อหา (inductive method)

กรอบแนวคิดของการวิจัย ตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) กิจกรรมโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์ 2) ลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์

ตัวแปรตาม คือ ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด และภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 9266 ลงวันที่ 1 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

กระบวนการให้ความรู้และการบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอดโดยการให้ความรู้จำนวน 3 ครั้ง รวมเวลา 3 ชั่วโมง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะครรภ์เสี่ยง ผลกระทบ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ครั้งที่ 2 ให้ความรู้การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ครั้งที่ 3 จัดอบรมโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อายุ 20-35 ปี ร้อยละ 70.4 ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 48.1 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 90.1 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.3 รายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน ร้อยละ 85.2 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 59.3 ครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 54.3 ผู้ดูแลช่วยเหลือขณะตั้งครรภ์คือสามี ร้อยละ 43.2

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มากที่สุดเรื่องภาวะเสี่ยงของลูกที่ต้องเข้าไปอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก คือ ทารกคลอดก่อนกำหนด จาก 3.53 ± 0.90 เป็น 3.80 ± 0.95 ความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และเพิ่มภาวะเสี่ยงของทารกในครรภ์เสียชีวิตจาก 3.52 ± 0.97 เป็น 3.74 ± 1.01 และเรื่องภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์คือการตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อแม่และทารกในครรภ์ จาก 3.47 ± 0.72 เป็น 3.70 ± 0.79 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=81)

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	ก่อน		หลัง	
	Mean±SD	ระดับ	Mean±SD	ระดับ
การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อตนเอง				
1.ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์คือการตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อแม่และทารกในครรภ์	3.47±0.72	ปานกลาง	3.70±0.79	มาก
2.ภาวะเสี่ยงที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คือการเคยผ่าท้องคลอดมาก่อน อาจเสี่ยงต่อการที่แผลผ่าตัดตรงมดลูกเปิดระหว่างตั้งครรภ์	3.31±0.81	ปานกลาง	3.65±0.91	ปานกลาง
3.ภาวะเสี่ยงตกเลือด คือการมีเลือดออกจากช่องคลอดขณะตั้งครรภ์	3.31±0.91	ปานกลาง	3.51±0.92	ปานกลาง
4.ความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์	3.52±0.97	ปานกลาง	3.74±1.01	มาก

ตารางที่ 1 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=81) (ต่อ)

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	ก่อน		หลัง	
	Mean±SD	ระดับ	Mean±SD	ระดับ
การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการตกในครรภ์				
5.ภาวะเสี่ยงของลูกในระหว่างตั้งครรภ์ เกิดอันตรายหรือเสียชีวิตคือ มีประวัติเคยคลอดลูก แล้วลูกเสียชีวิตในครรภ์ ระหว่างคลอดและ หลังคลอดมาก่อน	3.22±0.90	ปานกลาง	3.49±0.98	ปานกลาง
6.ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะมีความผิดปกติคือแม่อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ตั้งครรภ์	3.20±0.81	ปานกลาง	3.43±0.93	ปานกลาง
7.ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะมีความพิการแต่กำเนิด คือการไปฝากครรภ์ช้า/แม่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย	3.54±0.89	ปานกลาง	3.68±0.89	มาก
8.ภาวะเสี่ยงของลูกที่ต้องเข้าไปอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก คือ ทารกคลอดก่อนกำหนด	3.53±0.90	ปานกลาง	3.80±0.95	มาก
9.ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์ คือแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	3.44±0.88	ปานกลาง	3.68±0.92	มาก
10.ภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อลูกระหว่างตั้งครรภ์	3.57±0.97	ปานกลาง	3.67±1.03	ปานกลาง

พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมากที่สุดคือขณะตั้งครรภ์ได้งดการทำงานหนักและไม่เดินทางไกล จาก 3.58±0.92 เป็น 3.84±0.85 การกระตุ้นหวั่นมเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์ จาก 2.48±1.13 เป็น 2.86±1.19 เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ภาวะน้ำเดิน หรือภาวะเลือดออก คือ อาการเตือนคลอดก่อนกำหนด จาก 3.32±1.16 เป็น 3.47±1.10 เมื่อมีอาการเตือนรู้ว่าต้องจดบันทึกจำนวนครั้งของการหดตัวของมดลูก ปริมาณและลักษณะของน้ำคัตหลังจากช่องคลอดจาก 3.28±0.91 เป็น 3.47±0.92 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด จำแนกรายข้อ (n=81)

พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยง	ก่อน		หลัง	
	Mean±SD	ระดับ	Mean±SD	ระดับ
1.ผู้ที่เคยมีทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิดอาจทำให้คลอดก่อนกำหนดได้	2.96±1.17	ปานกลาง	3.19±1.19	ปานกลาง
2.อาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด เช่น ปวดบั้นเอว ปวดถ่วง ท้องน้อยคล้ายประจำเดือน	2.93±1.20	ปานกลาง	3.26±1.16	ปานกลาง
3.เมื่อพบอาการเตือน คือ หากยังไม่มูกปนเลือด น้ำคร่ำ หรือมีเลือดออก ให้ปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ตัมน้ำ 1-2 แก้ว หยุดพัก 1 ชั่วโมง	2.89±1.04	ปานกลาง	3.16±1.03	ปานกลาง
4.เมื่อท่านมีอาการปัสสาวะแสบขัดขณะตั้งครรภ์ จำเป็นต้องไปโรงพยาบาลก่อนเวลานัดตรวจครรภ์	3.11±1.08	ปานกลาง	3.38±1.13	ปานกลาง
5.เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคลอด ภาวะน้ำเดิน หรือภาวะเลือดออกคืออาการเตือนคลอดก่อนกำหนด	3.32±1.16	ปานกลาง	3.47±1.10	ปานกลาง
6.เมื่อมีอาการเตือนท่านรู้ว่าต้องจดบันทึกจำนวนครั้งของการหดตัวของมดลูก ปริมาณและลักษณะของน้ำคัตหลังจากช่องคลอด	3.28±0.91	ปานกลาง	3.47±0.92	ปานกลาง
7.ขณะตั้งครรภ์ท่านได้งดการทำงานหนักและไม่เดินทางไกล	3.58±0.92	ปานกลาง	3.84±0.85	มาก
8.กระตุ้นหวั่นมหรือการเตรียมหวั่นมเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์	2.48±1.13	ปานกลาง	2.86±1.19	ปานกลาง
9.การหดตัวของมดลูกอย่างน้อย 5 ครั้งต่อชั่วโมง เป็นอาการเตือนคลอดก่อนกำหนด	2.95±1.07	ปานกลาง	3.26±1.16	ปานกลาง
10.เมื่อพบอาการเตือนและหยุดพัก 1 ชั่วโมงแล้วไม่ดีขึ้น ท่านจะพักต่อไป 2 ชั่วโมงป้องกันคลอดก่อนกำหนด	2.84±1.16	ปานกลาง	3.10±1.15	ปานกลาง

การเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.0001$) โดยคะแนนการรับรู้ก่อนดำเนินการเพิ่มขึ้นจาก 34.11 ± 6.52 เพิ่มขึ้นเป็น 36.35 ± 7.54 และพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.0001$) โดยคะแนนพฤติกรรมก่อนดำเนินการเพิ่มขึ้นจาก 30.34 ± 8.04 เพิ่มขึ้นเป็น 32.98 ± 8.84 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังดำเนินการ ($n=81$)

การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยง	ก่อน	หลัง	t	p-value
	Mean \pm SD	Mean \pm SD		
การรับรู้ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์	34.11 \pm 6.52	36.35 \pm 7.54	-5.050	<0.0001*
พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด	30.34 \pm 8.04	32.98 \pm 8.84	-5.373	<0.0001*

* มีนัยสำคัญที่ <0.05 , ใช้สถิติ Paired Samples T Test

ผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ โดยรวมมีภาวะเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 82.7 โดยพบว่ามีภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุดคือ เลือดออกทางช่องคลอด ร้อยละ 24.7 รองลงมาคือ เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อายุน้อยกว่า 17 ปี และอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 22.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ($n=81$)

รายการภาวะเสี่ยง	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติอดีต	
1. เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด (1 เดือนแรก)	14 (17.3)
2. เคยแท้งเอง 3 ครั้งหรือมากกว่าติดต่อกัน	14 (17.3)
3. เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	18 (22.2)
4. เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม	14 (17.3)
5. เคยเข้ารับการรักษายาพยาบาลเพราะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ	14 (17.3)
6. เคยผ่าตัดอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก ผ่าตัดปากมดลูก ผูกปากมดลูก ฯลฯ	14 (17.3)
ประวัติครรภ์ปัจจุบัน	
7. ครรภ์แฝด	16 (19.8)
8. อายุน้อยกว่า 17 ปี (นับถึงกำหนดคลอด)	18 (22.2)
9. อายุมากกว่า 35 ปี (นับถึงกำหนดคลอด)	18 (22.2)
10. กรุ๊ปเลือด Rh Negative	15 (18.5)
11. เลือดออกทางช่องคลอด	20 (24.7)

วิจารณ์และสรุปผลการศึกษา

1. กระบวนการให้ความรู้และการบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอดโดยการให้ความรู้จำนวน 3 ครั้ง รวมเวลา 3 ชั่วโมง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะครรภ์เสี่ยง ผลกระทบ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ครั้งที่ 2 ให้ความรู้การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ครั้งที่ 3 จัดอบรมโปรแกรมความรู้ภาวะเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์ ทั้งนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัวยุทธศาสตร์และสังคมเช่นกัน ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถทนต่อสภาวะเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น เหล่านี้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่ความเชื่อทางศาสนาที่เคร่งคร่า มีประเพณีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะพื้นที่และยังคงฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณ หรือโตะปีแดเพื่อทำพิธีกรรมในครรภ์แรก โดยการบอกกล่าวคาถาและการตรวจท้องเพื่อขอให้ปลอดภัยทั้งแม่และลูกในท้อง ร่วมกับฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเหตุผลที่ยอมฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพราะว่าทางราชการกำหนดการฝากครรภ์เป็นเงื่อนไขในการออกใบรับรองการเกิดและสูติบัตรให้ แต่ไม่ได้ตระหนักหรือเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ที่แท้จริงว่าเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อประโยชน์อันสูงสุดแก่หญิงตั้งครรภ์และทารก³ และการศึกษาของ จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ¹³ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่หญิงตั้งครรภ์ พบว่า หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแผนการให้ความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พบว่า หลังดำเนินการมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ามีมารู้มากที่สุดเรื่องภาวะเสี่ยงของลูกที่ต้องเข้าไปอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก คือ ทารกคลอดก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และเพิ่มภาวะเสี่ยงของทารกในครรภ์เสียชีวิต และเรื่องภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์คือการตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อแม่และทารกในครรภ์ ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ มีภาวะเสี่ยงได้ด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น การตั้งครรภ์แฝด แม่อายุมาก แม่วัยรุ่น การติดเชื้อ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น หากไม่มีการรับรู้มากที่สุดเรื่องภาวะเสี่ยงของลูกที่ต้องเข้าไปอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก จากที่ทารกคลอดก่อนกำหนดหรืออาจเสียชีวิตในครรภ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การรับรู้ด้านสุขภาพรายด้านที่พบความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ ตามลำดับ¹⁴ และการศึกษาของ กรรณิกา เพ็ชรรักษ์ และคณะ¹⁵ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดในมารดาหลังคลอด พบว่า การรับรู้การคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด โดยรวมหลังดำเนินการอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากที่สุดคือขณะตั้งครรภ์ท่านได้งดการทำงานหนักและไม่เดินทางไกล การกระตุ้นห้วงนมเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์ เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคลอด ภาวะน้ำเดินหรือภาวะเลือดออกคืออาการเตือนคลอดก่อนกำหนด เมื่อมีอาการเตือนท่านรู้ว่าต้องจดบันทึกจำนวนครั้งของการหดตัวของมดลูก ปริมาณและลักษณะของน้ำคัดหลังจากช่องคลอด ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก การเฝ้าระวังภาวะครรภ์เสี่ยง และเมื่อตั้งครรภ์แล้วก็ควรมาฝากครรภ์ รวมทั้งมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดโอกาสที่จะเกิดภาวะครรภ์เสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์¹⁶ จากการศึกษาภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ครรภ์แฝด การดูแลก่อนคลอดไม่เพียงพอ และ ขาดการดูแลก่อนคลอด¹⁷

4. ผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ โดยรวมมีภาวะเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 82.7 โดยพบว่า มีภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุดคือ เลือดออกทางช่องคลอด ร้อยละ 24.7 รองลงมาคือ เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อายุน้อยกว่า 17 ปี และอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 22.2 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก ควรมีการประเมินคัดกรองร่างกายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ เนื่องจากภาวะครรภ์เสี่ยงเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ที่ตั้งครรภ์แต่ไม่ได้หมายความว่าทั้งมารดาและทารกจะต้องมีปัญหาสุขภาพ เพราะมีหลายปัจจัยสามารถควบคุมได้ ที่สำคัญ คือ ต้องปรับรูปแบบการใช้ชีวิตให้สมดุล ศึกษาโภชนาการสำหรับคุณแม่ตั้งครรภ์แล้วปรับให้เหมาะสม พักผ่อนให้เพียงพอ ถ้ารู้สึกผิดปกติ เช่น ปวดท้องมาก มีน้ำเดิน ลูกดิ้นน้อยลง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นปวดลิ้นปี่ อาการเหล่านี้ควรรีบมาพบแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ในการเพิ่มพลังอำนาจโดยพยาบาลวางแผนให้การดูแลที่มีความยืดหยุ่นและจำเพาะต่อสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการที่แตกต่างกัน ซึ่งการที่จะวางแผนการผดุงครรภ์แบบต่อเนื่องได้พยาบาลผดุงครรภ์ต้องใช้เวลาในการสร้างความเชื่อใจ ไว้วางใจ ด้วยความเสมอภาคและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน โดยมีการเจรจาต่อรองอย่างเท่าเทียมเพื่อวางแผนการดูแลได้อย่างต่อเนื่องและมีความยืดหยุ่นตามความต้องการด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์¹⁸ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก พบว่า หลังการให้ความรู้พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับดี การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่างได้¹⁹

ข้อสรุป การให้ความรู้และการบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด ทำให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักรู้ ในด้านการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ เหตุผลส่วนใหญ่เนื่องจากการมีความรู้ความรุนแรงภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงในระดับสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด จึงทำให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยรวมในระดับสูง

ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัด ในการดำเนินการบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีมารดาเลี้ยงเดี่ยวและอยู่ในครอบครัวที่มีผู้ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาขณะตั้งครรภ์ แต่ยังพบว่า มีหญิงตั้งครรภ์บางส่วนที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 17.3 และอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 12.3) ซึ่งบุคลากรผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีการติดตามดูแลเยี่ยมบ้านในเชิงรุกและนัดติดตามพบแพทย์ให้มีความถี่เพิ่มขึ้นเพื่อเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นได้ว่า หลังดำเนินการให้ความรู้และการบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ครั้งนี้ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยรวมในระดับสูง ซึ่งมากกว่าก่อนดำเนินการ มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การให้ความรู้และการบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอดของหน่วยบริการในอำเภอเพ็ญ ครั้งนี้ ทำให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เกิดความตระหนักรู้ต่อภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในระดับสูง อาจนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้หากมีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกับบริบทของอำเภอเพ็ญ

2. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

2.1 จากผลการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์บางส่วนที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ควรเพิ่มการคัดกรองและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ในการดูแลเพื่อการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ

2.2 ควรสนับสนุนให้มีการจัดการให้ความรู้และการบริการสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอดร่วมกับการให้บริการติดตามดูแลเยี่ยมบ้านในเชิงรุกและนัดติดตามพบแพทย์ให้มีความถี่เพิ่มขึ้นกรณีที่พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

3. ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยเน้นเพิ่มการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงสูงของการตั้งครรภ์และวางแผนช่วงเวลาการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Data Platform SDG Target 3.1 Maternal mortality ratio (per 100 000 live births). WHO, 2020. [Cited 2022, Feb, 2] from: <https://who.int/topics/sustainable->
2. เจาะลึกระบบสุขภาพ Hfocus. ไทยมีอัตราการตายของทารกแรกเกิดต่ำที่สุดในภูมิภาค SEARO, 2019. [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org>
3. วรณชนก ลิมจำรูญ. สถานการณ์การตายมารดาไทยปี พ.ศ.2563. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี 2560. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2561: 41-50.
5. ชลธิชา รักษาธรรม, ทวีศักดิ์ กสิพล, กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม. แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19: 348-56.
6. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เขตสุขภาพที่ 8, 2565.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. การพัฒนาคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็ก “อุดรโมเดล” เพื่อลดอัตราการตายมารดาเข้าถึงได้จากการคลอด ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย สู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน, 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.udo.moph.go.th>
8. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์, 2557.
9. ธนวัฒน์ รุ่งศิริวัฒนกิจ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จังหวัดเพชรบุรี [ดุชนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกริก, 2561.
10. ศิริวรรณ แสงอินทร์, ช่อทิพย์ ผลกุล. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก. รายงานโครงการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา, 2560.
11. สุธานี บุณยเบญจเสถียร. ประสิทธิภาพของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามมาตรฐานการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแม่จัน. เชียงรายเวชสาร 2560; 9(2): 41-52.
12. พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์. บรรณาธิการ. คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. คณะทำงานทบทวนแนวทางการฝากครรภ์ของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565.
13. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, นกศพร เทวะเศกสรรค์, เยาวพา วรรณแก้ว. ประสิทธิภาพของการให้นักศึกษาจัดให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยใช้วิธีการสาธิต,วารสารเทคโนโลยีการจัดการ 2563; 1(1): 47-53.

14. ดาราวรรณ มณีกุลทรัพย์, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, สุพัฒน์ อาสนะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563; 3(2): 1-12.
15. กรรณิกา เพ็ชรรักษ์, อุทัยชนวน อินทเรือง, ฝนทอง จิตจำนง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดในมารดาหลังคลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2562; 34(1): 87-100.
16. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกร, ณัฐธิดา สอนนาค. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 38(2): 95-109.
17. Barrios MA, Alvarado GF. Risk Factors for premature birth in a hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem Epub 2016; 24: 2750-8.
18. เพียงขวัญ ภูทอง, พิรนนท์ วิศาลสกุลวงษ์. การดูแลแบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. วารสารเกื้อการุณย์ 2562; 26(2): 156-168.
19. ชุติมา เทียนชัยทัศน, กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, นภาพร เกตุทอง, ชนุตพร สมใจ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2565; 5(1): 35-46.