

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด

Development of a surveillance and monitoring model for pregnant women with preterm labor

อภิญญา สารภักดิ์ และเชิดฉวี ไกรจันทร์

Aphinya Saraphak and Cherdchawee Kraichan

โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

Borabue Hospital, Maha Sarakham Province

(Received: August 1, 2025; Revised: August 14, 2025; Accepted: September 30, 2025)

บทคัดย่อ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุทำให้คลอดก่อนกำหนด และส่งผลให้ทารกเสียชีวิต การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 30 คน ผู้มีส่วนพัฒนารูปแบบจำนวน 13 คน เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการทำวิจัย ได้แก่ แบบสนทนากลุ่ม รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตาม เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบประเมินผลการใช้รูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาการคลอดก่อนกำหนดเกิดจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน ขาดช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่และการติดตามอย่างใกล้ชิด รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตาม ประกอบด้วย วางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ให้ความรู้แบบ Brain Based Learning เฝ้าระวังผ่าน Line OA และการนัดติดตาม ผลลัพธ์พบว่า การกลับมารักษาซ้ำลดลง การคลอดครบกำหนดเพิ่มขึ้น ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value < 0.001 หญิงตั้งครรภ์และทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยชี้ว่ารูปแบบที่พัฒนามีศักยภาพในการลดภาวะคลอดก่อนกำหนด ควรนำไปปรับใช้ในสถานพยาบาลระดับชุมชน และประยุกต์ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอื่น เพื่อยืนยันความครอบคลุมของรูปแบบ

คำสำคัญ: “การพัฒนารูปแบบ”, “การเฝ้าระวัง”, “การติดตาม”, “ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด”

Abstract

Preterm labor is a cause of premature birth, resulting in infant death. This research and development aimed to study the problem, develop a model, and evaluate the model. The sample was purposively selected, consisting of 30 pregnant women with preterm labor, and 13 people participated in the model development. The tools consisted of 2 parts: research tools including focus group discussions, surveillance and monitoring models, and data collection tools including a knowledge questionnaire on preterm labor, a preterm birth prevention behavior scale, satisfaction questionnaire, and a model evaluation form. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics.

The study results found that the problem of premature birth was caused by recurrent preterm labor pains. Pregnant women lacked knowledge about self-care at home, lacked channels to contact officials, and lacked close follow-up. Surveillance and monitoring methods included discharge planning according to the D-METHOD principles, providing knowledge using Brain Based Learning, monitoring via Line OA, and making follow-up appointments. The results showed that readmissions decreased, full-term births increased, and knowledge and preventative behaviors significantly improved with a p-value of <0.001. Pregnant women and the interdisciplinary team were highly satisfied.

Recommendations: The research results indicate that the developed model has the potential to reduce preterm birth. It should be adapted for use in community hospitals and applied to other at-risk pregnant women to confirm the comprehensiveness of the model.

Keywords: “model development”, “surveillance”, “follow up”, “preterm labor”

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Apinya.kie79@gmail.com)

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80¹ จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบอุบัติการณ์ทารกเกิดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 11 ของการเกิดทั่วโลก และพบแนวโน้มเพิ่มขึ้น การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบร้อยละ 35 ของการเสียชีวิตในทารกทั่วโลก² ในประเทศไทยพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่

ที่ร้อยละ 11.6-12³ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของทารก ยิ่งอายุครรภ์น้อยเท่าไรจะมีโอกาสที่ทารกจะเสียชีวิตและทุพพลภาพมากขึ้น ภาวะทุพพลภาพจะอยู่ในระยะยาว ค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงมาก ส่วนทารกที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักตัวน้อย อวัยวะต่าง ๆ ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ประสิทธิภาพการทำงานไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ภาวะหายใจลำบาก เนื้อเยื่อลำไส้ตาย ภาวะติดเชื้อที่รุนแรง ความพิการทางสมอง ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ใช้อุปกรณ์ราคาสูง และใช้เวลานานในโรงพยาบาลนาน ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านมารดา ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อในมดลูก ภาวะซีดเรื้อรังหลังคลอด และผลกระทบต่อด้านครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่ต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานเพื่อดูแลบุตร ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว ส่งผลกระทบต่อจิตใจและคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุม โดยให้ความรู้ การติดตามการหดตัวของมดลูกช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำซึ่งจะลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้⁴ การให้ความรู้แบบ Brain Based Learning⁵ เป็นการจัดการเรียนที่สอดคล้องกับการทำงานของสมอง ผ่านกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม จะช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

จากสถิติของโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ในปี 2564-2566 พบหญิงตั้งครรภ์คลอดจำนวน 551, 600 และ 496 คน ตามลำดับ มีภาวะคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 7.16, 7.59 และ 7.25 ตามลำดับ มีการรักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 33.34, 25 และ 40 ตามลำดับ⁶ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ชี้ให้เห็นว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดและการกลับมารักษาซ้ำจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังพบในระดับสูง สะท้อนว่ารูปแบบการปฏิบัติที่มีอยู่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง มีระบบที่ชัดเจน รวมถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและลดผลกระทบจากการคลอดก่อนกำหนด

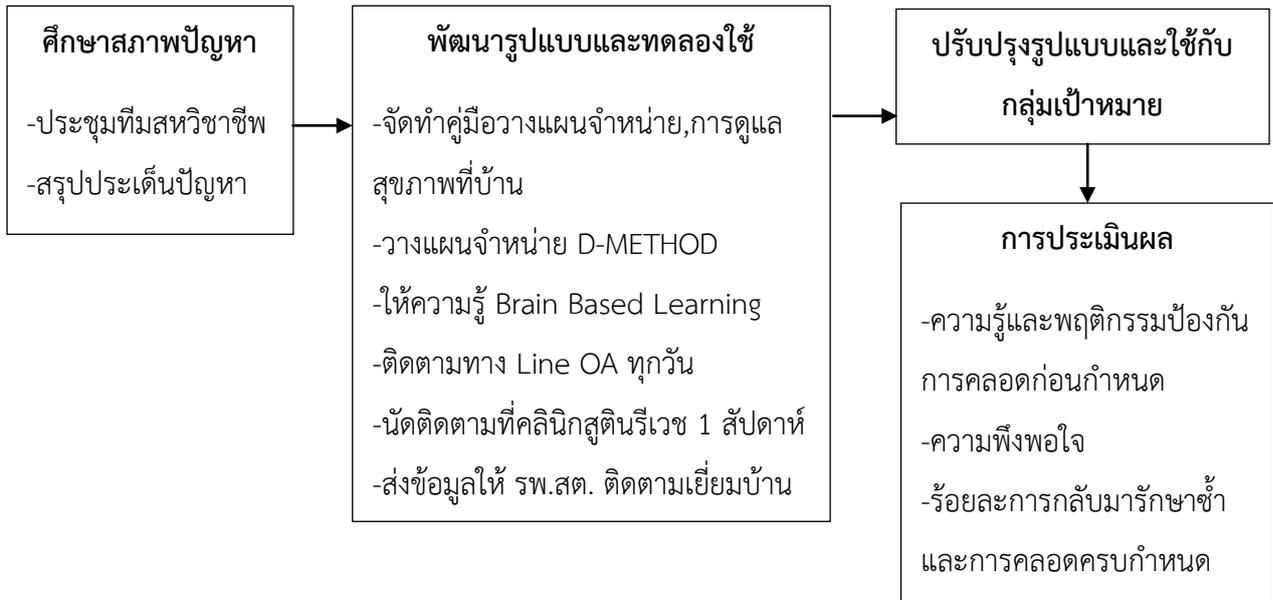
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์

คลอดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา โดยดำเนินการ 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหา 2) พัฒนารูปแบบ 3) ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม และนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย 4) การประเมินผลของรูปแบบ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ในห้องคลอดและคลินิกสูตินรีเวช โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมารับการรักษาที่ ห้องคลอด โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบรบือ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรการหากลุ่มตัวอย่างแบบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในกลุ่มเดียวกันก่อนและหลังของ Lwanga & Lemeshow⁷ โดยกำหนดความเชื่อมั่นในการทดลองร้อยละ 95 ใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนการคลอดก่อนกำหนดและการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี⁸ ได้ขนาดกลุ่ม

ตัวอย่าง 28 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างเสียหายได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด/เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคุกคาม 2) อายุครรภ์ 26 สัปดาห์ – 36 สัปดาห์ 6 วัน 3) ปากมดลูกไม่เปิดหรือเปิดน้อยกว่า 2 เซนติเมตร 4) มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนใช้แอปพลิเคชันได้ 5) หญิงตั้งครรภ์ยินยอมและสมัครเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกศึกษา (Exclusion criteria) คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น รกเกาะต่ำ 2) มีความจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ 3) ย้ายภูมิลำเนา และ 4) หญิงตั้งครรภ์ยกเลิกการเข้าร่วมศึกษา

ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 13 คน ประกอบด้วย พยาบาลห้องคลอด 7 คน พยาบาลคลินิกสูตินรีเวช 3 คน สูติแพทย์ 3 คน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลและมีส่วนพัฒนารูปแบบ

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทำการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทำการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD การให้ความรู้ในรูปแบบ Brain Based Learning การเฝ้าระวังผ่าน Line OA และการนัดติดตามอย่างใกล้ชิด ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบวัดความรู้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนการตั้งครรภ์ ภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด

2) แบบวัดความรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะการตอบคำถามเป็นคำถาม “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีทั้งคำถามทางบวกและทางลบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จากนั้นแปลผลโดยใช้การแบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์ตามหลัก Learning for Mastery ของ Bloom⁹ คำนวณค่าเป็นร้อยละ แบ่งเป็น 3 ระดับ จากคำถาม 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน จัดระดับคะแนนได้ ดังนี้ ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 – 79 (6-7 คะแนน) ระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (8-10 คะแนน)

3) แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม คำตอบเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ ดังนี้ 1 ไม่มีพฤติกรรมนั้นเลย ถึงระดับ 5 มีพฤติกรรมมากที่สุด แปลผลคะแนนเฉลี่ย 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำน้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 30 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 – 79 (30-39 คะแนน) ระดับสูงคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (40-50 คะแนน)

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราวัดประเมินค่า rating scale แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 = พึงพอใจมากที่สุด ประเมินผลด้วยการหาค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึงพึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงพึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึงพึงพอใจน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุด

3. แบบติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย ประกอบด้วย ประเมินการหดตัวของมดลูก การนับลูกดิ้น การมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด การมีน้ำเดิน

4. แบบสรุปผลลัพธ์การใช้รูปแบบ ได้แก่ การกลับมารักษาซ้ำ อายุครรภ์ที่คลอด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา¹⁰ (content validity index: CVI) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ สูติแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลที่จบเฉพาะทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ แบบคูเดอร์- ริชาร์ดสัน ใช้สูตร KR-20¹⁰ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ,0.80 ตามลำดับ แบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และทีมสหวิชาชีพ วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค¹⁰ ได้เท่ากับ 0.86 0.82 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรม เพื่อพิจารณาความเห็นชอบ
2. เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอน การเข้าร่วมวิจัย มีการจัดทำเอกสารแสดงเจตนาการยินยอมและผู้เข้าร่วมมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจ ไม่ถูกกดดันจากบุคลากรทางการแพทย์หรือทีมวิจัย

3. การเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการเข้ารับการดูแลรักษา มีมาตรการในการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล เช่น การเก็บรักษาเอกสารในที่ปลอดภัย ใช้รหัสแทนชื่อผู้เข้าร่วม และการเข้าถึงข้อมูลจำกัด เฉพาะทีมวิจัย กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมได้รับโอกาสเท่าเทียม ไม่มีการเลือกเฉพาะตามความสะดวกของผู้วิจัยหรือตามเงื่อนไขอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์วิจัยการศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในคน เลขที่ 29/2566 รับรองระหว่างวันที่ 16 ตุลาคม 2566 – 15 ตุลาคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ภาวะคลอดก่อนกำหนด การกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี วิเคราะห์ ประชุมทีมสหวิชาชีพ ทบทวนรูปแบบการใช้ในปัจจุบัน สรุปประเด็นปัญหา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีการจัดทำคู่มือการวางแผนจำหน่ายและการติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในรูปแบบ E-book นำมาทดลองใช้ในกลุ่มทดลอง 5 คน และปรับปรุงรูปแบบ

ระยะที่ 3 ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม และนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย มีรูปแบบดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่ห้องคลอด แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) จำนวน 30 คน

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัยและพิทักษ์สิทธิให้ทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อหญิงตั้งครรภ์ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ มีดังนี้

- 1) ให้หญิงตั้งครรภ์เข้า Line OA
- 2) หญิงตั้งครรภ์ทำแบบวัดความรู้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปหญิงตั้งครรภ์ แบบวัดความรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
- 3) ดูแลรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์
- 4) วางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD โดยแรกรับ ชักประวัติ ประเมินภาวะเสี่ยง การให้ความรู้แบบ Brain Based Learning ร่วมกับญาติ เรื่องอาการเตือนที่ต้องมาโรงพยาบาล วันที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยการให้ความรู้แบบ Brain Based Learning เริ่มจากกิจกรรมละลายพฤติกรรม การประเมินความรู้หญิงตั้งครรภ์จากการสอบถาม จากนั้นใช้บัตรความรู้ ประเมินและสรุป

5) ติดตามระยะความเสี่ยงบนสมุดบันทึกสุขภาพ และป้ายสัญญาณเตือนที่ต้องมาโรงพยาบาล

- 6) แจกคู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในรูปแบบ E-book
- 7) หลังจำหน่าย โทรสอบถามและให้ความรู้ผ่าน Line OA ทุกวัน ตลอด 1 สัปดาห์
- 8) ให้หญิงบันทึกการนับลูกดิ้นและการหดตัวของมดลูก ส่งผ่าน Line OA ให้เจ้าหน้าที่ทุกวัน และนัดมาฝากครรภ์ 1 สัปดาห์ Monitor NST ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์จนถึงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์
- 9) ส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ให้คลินิกสูติรีเวชและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในเขตรับผิดชอบ เพื่อติดตามการฝากครรภ์และการติดตามเยี่ยมบ้าน
- 10) ให้หญิงตั้งครรภ์ทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทำแบบวัดความรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ระยะที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้วยการประเมินความรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การกลับมาปรึกษาเข้า การคลอดครบกำหนด ประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และทีมสหวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. แบบวัดความรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างมีขนาด 30 คน มีการกระจายแบบปกติ จึงใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบก่อนหลัง
3. แบบสรุปผลลัพธ์การใช้รูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสภาพปัญหา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาล่วงหน้าด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการวิเคราะห์พบว่า ขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน ขาดช่องทางการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ที่สะดวกรวดเร็ว ขาดการติดตามอย่างใกล้ชิดหลังจำหน่าย เมื่อมีอาการผิดปกติไม่มาโรงพยาบาลทันทีทำให้ได้รับการดูแลรักษาล่าช้า ส่งผลให้ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ
2. รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

รูปแบบ	การปฏิบัติ
การวางแผนจำหน่าย	<ul style="list-style-type: none"> -การวางแผนจำหน่าย ตามหลัก D-METHOD โดยใช้คู่มือการวางแผนจำหน่ายให้ความรู้เกี่ยวภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ยาที่ได้รับ การจัดสิ่งแวดล้อม การรับประทานอาหาร การปฏิบัติตัว ช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ การมาตามนัด -การให้ความรู้แบบ Brain Based Learning เรื่องอาการเตือนที่ต้องมาโรงพยาบาล การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด -ติดป้ายระบุความเสี่ยงและและป้ายสัญญาณเตือนที่ต้องมาโรงพยาบาลบนสมุดบันทึกสุขภาพ และแจก E-book การดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด
การติดตาม	<ul style="list-style-type: none"> -โทรติดตามเยี่ยมและให้ความรู้ผ่าน Line OA ทุกวัน 1 สัปดาห์ -ติดตามดูแบบบันทึกการหดตัวของมดลูกและการนับลูกเดินผ่าน Line OA ทุกวัน และนัดมาฝากครรภ์ 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย -Monitor NST ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์จนถึงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ -ส่งข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ให้คลินิกสูติรีเวชฝากครรภ์ต่อและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในเขตรับผิดชอบลงเยี่ยมบ้าน

3. ผลของการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถนำเสนอได้ดังต่อไปนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 34 ปี ร้อยละ 56.66 ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับบิดามารดาและสามี ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 33.33 ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 43.33 ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์ มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 6.67 เคยแท้งเอง ร้อยละ 26.67 เคยผ่าตัดด้วยวิธีในระบอบสืบพันธุ์/ผ่าตัดคลอด ร้อยละ 46.67 มีเลือดออกทางช่องคลอด ร้อยละ 16.67 ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 23.33 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 10 โลหิตจาง ร้อยละ 30 การติดเชื้อ เช่น Vaginitis ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 10 ไม่มีภาวะเสี่ยง ร้อยละ 12 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N= 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	5	16.67
20-34 ปี	17	56.66
มากกว่า 34 ปี	8	26.67
ลักษณะครอบครัว		
อยู่ร่วมกันกับสามี	12	40
อยู่ร่วมกับบิดา-มารดา	3	10
อยู่ร่วมกับบิดา-มารดาและสามี	15	50
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	15	50
ปวช./อนุปริญญา	7	23.33
ปริญญาตรี	8	26.67
ประกอบอาชีพ		
แม่บ้าน	10	33.33
ค้าขาย	9	30
พนักงานบริษัท	5	16.67
รับจ้างทั่วไป	6	20
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	13	43.33
ตั้งครรภ์ที่ 2	11	36.67
ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	6	20
ภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์		
มีประวัติคลอดก่อนกำหนด	2	6.67
ประวัติแท้งเอง	8	26.67
เคยผ่าตัดผ่าตัดคลอด	14	46.67
ประวัติมีเลือดออกทางช่องคลอด	5	16.67
ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์	7	23.33
ใช้สารเสพติด	3	10

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โลหิตจาง	9	30
การติดเชื้อ Vaginitis/ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	3	10
ไม่มีภาวะเสี่ยง	4	13.33

3.2 ความรู้ภาวะคลอดก่อนกำหนด พบว่าหลังใช้รูปแบบฯ หญิงตั้งครรภ์มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean =9.7, SD=0.54) โดยมีความรู้มากที่สุด ได้แก่ หากมีประวัติคลอดก่อนกำหนด จะมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดได้อีก การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกที่คลอดก่อนกำหนด จะมีน้ำหนักตัวน้อยและมีปัญหาเรื่องการหายใจ การกลั้นปัสสาวะเพราะจะทำให้ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะส่งผลให้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หากเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังใช้รูปแบบบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบรบือ (n=30)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนด	Mean	SD	t	Mean difference	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	8.08	1.10			
หลังใช้รูปแบบ	9.7	0.54	-10.549	1.62	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

3.3 พฤติกรรมป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด พบว่าหลังใช้รูปแบบฯ หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมป้องกันในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =45.20, SD=1.83) พฤติกรรมป้องกันที่พบมากที่สุด คือการมาฝากครรภ์ตามนัด เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ท้องป็นแข็ง หรือมีเลือดออกทางช่องคลอด ท่านจะมาตรวจก่อนนัด ท่านกินยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีนและกรดโฟลิกทุกวัน ท่านกินอาหารครบ 5 หมู่ กลุ่มข้าว แป้ง เนื้อสัตว์ ผัก เน้นปลา ตับ ไข่ เมื่อใช้สถิติ pair t-test พบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=30)

พฤติกรรมป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด	Mean	SD	t	Mean difference	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	30.42	2.71			
หลังใช้รูปแบบ	45.20	1.83	-28.04	14.78	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

4. การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.41, SD=0.51) เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็น พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการให้บริการของบุคลากรและรูปแบบการให้ความรู้ (ค่าเฉลี่ย 4.50) รองลงมาคือ การติดตามเยี่ยมเชิงรุก (ค่าเฉลี่ย 4.43) ช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ (ค่าเฉลี่ย 4.36) และขั้นตอนการให้บริการ (ค่าเฉลี่ย 4.26) ตามลำดับ

5. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.43, SD=0.54) เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็น พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อกระบวนการให้บริการ รูปแบบบริการปฏิบัติได้จริง สื่อในการให้ความรู้ (ค่าเฉลี่ย 4.50) รองลงมาคือ รูปแบบบริการสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน และรูปแบบการติดตามหลังจำหน่าย (ค่าเฉลี่ย 4.43) การวางแผนจำหน่าย (ค่าเฉลี่ย 4.37) ตามลำดับ

6. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่าการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 16.67 และหญิงตั้งครรภ์คลอดครบกำหนด ร้อยละ 100 เมื่อเทียบกับอุบัติการณ์ก่อนพัฒนา พบว่าการกลับมารักษาซ้ำลดลง และการคลอดครบกำหนดเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ผลการพัฒนา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. หญิงตั้งครรภ์กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	5	16.67
2. หญิงตั้งครรภ์คลอดครบกำหนด	30	100

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลวิจัยพบว่า การวิเคราะห์สภาพปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เกิดจากการกลับมารักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ในการดูแล

ตนเองที่บ้าน ขาดช่องทางการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ที่สะดวกรวดเร็ว และการติดตามอย่างใกล้ชิด เมื่อมีอาการผิดปกติไม่มาโรงพยาบาลทันทีทำให้ได้รับการดูแลรักษาล่าช้า ส่งผลให้ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้นมา ที่ประกอบด้วย การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD การให้ความรู้แบบ Brain Based Learning การติดตามผ่าน Line OA การนัดติดตามต่อเนื่องที่คลินิกสูติรีเวช รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ส่งผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ¹² สอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดโดยใช้แอปพลิเคชัน¹³ จากผลลัพธ์จะเห็นว่ารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีส่วนช่วยในการเพิ่มคุณภาพการดูแลกลุ่มเป้าหมายได้ตรงประเด็นปัญหา มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุม มีการติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในชุมชน ช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำ ส่งผลให้ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีการใช้เทคโนโลยีของโทรศัพท์มือถือเข้ามามีส่วนร่วม จึงมีข้อจำกัดในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีสมาร์ตโฟน หรืออยู่ในพื้นที่ไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการลดภาวะคลอดก่อนกำหนด และหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ดีขึ้น จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลระดับชุมชน และติดตามผลลัพธ์ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Wanapirak C, Thongsong T. Preterm labor and delivery. In: Thongsong T, editor. Obstetrics. 6th ed. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2021. p. 244-259.
2. Walani SR. Global burden of preterm birth. Int J Gynaecol Obstet. 2020; 150(1): 33-31.

3. Ministry of Public Health (TH), Department of health, Health Promotion Division,. Annual report 2022. Nonthaburi : Ministry of Public Health: 2022. (in Thai)
4. Nimmitranon D. Development of discharge planning model for pregnant women with preterm labor at Uthen Hospital, Nakhon Phanom. Journal of Environment Health and Community Health.2024; 9(4):10-16.
5. Caine RN, Caine G. Understanding a Brain-Based Approach to Learning and Teaching. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development; 1990.
6. The Committee for the Operation of Maternal and Child Health in Borabue District. Report on the Operation of Maternal and Child Health. Maha Sarakham: Borabue Hospital; 2023 (in Thai)
7. Lwanga, S. K., & Lemeshow, S. (1991). Sample size determination in health studies: A practical manual. [Internet]. Geneva: World Health Organization;1991 [cited 2025 Sep 10]. Available from: https://tbrieder.org/publications/books_english/lemeshow_samplesize.pdf
8. Plachaiphomsil K, Phuewongkrai O, Saithong P. Effect of a knowledge and support program on knowledge, preterm birth, and readmission in pregnant women with threatened preterm labor at Kumphawapi Hospital. Journal of Environmental Education Medical and Health[Internet].2024;9(1):605-16. [cited 2024 Dec 9]; Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/271699>
9. Benjamin S Bloom. Learning for mastery'. Evaluation comment. Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles. 1986;2:62-47.
10. Meehanhong P, Chatdokmaiprai K. Quality control of nursing research instruments. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(1):15-9.
11. Suwannapha T, Phruksamethanan T. The effect of a mobile application education program on health literacy of pregnant women. Journal of the Nursing Council 2023;38(1)98.
12. Seethongpab T, Puwongkrai O, Wangtaphan K, Sittiprom S, Thanikapat P. The relationship between knowledge and perception of preterm labor and preventive behaviors for preterm birth among pregnant women at Somdejphrayupparaj Ban

Dung Hospital. Rachawadee Journal Boromarajonani College of Nursing Surin.
2024;14(2):149-66.

13. Kitima K. Study of the results of developing a surveillance and follow-up model for pregnant women at risk of premature birth using an application. Phrae Medical Journal and Clinical Sciences 2023;31(2):74-60.