



การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในหญิงตั้งครรภ์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล*

อติยา สุวรรณสาร พย.ม.**

นิลบล รุจิระประเสริฐ ปร.ด***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เคยเข้ารับการรักษาโดยการให้ยาเพื่อยับยั้งการคลอดเป็นผลสำเร็จ และได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96 และ .97 ตามลำดับ และคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช เท่ากับ .93 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.16$, $SD = 0.08$) พฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.29$, $SD = 0.17$) และการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .337

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า ควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการสร้างแรงจูงใจ เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม

คำสำคัญ: การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกัน การคลอดก่อนกำหนด การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศูนย์ฝึกอบรมและวิจัยด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้รับผิดชอบบทความ: nilruj@kku.ac.th



Perception and Preventive Behaviors of Recurrent Preterm Labour among Pregnant Women after Hospital Discharge^{*}

Atitaya Suwannasan M.N.S.^{**}

Nilubon Rujiraprasert PhD^{***}

Abstract

This descriptive research aimed to determine the relationship between perception and preventive behaviors of recurrent preterm labour among pregnant women after hospital discharge. The sample consisted of 85 pregnant women who were admitted and treated for inhibition of preterm labour and were discharged from the hospital. The research instruments were the perceived recurrent preterm labour questionnaires and the preventive behaviors of recurrent preterm labour questionnaires. Content validity of instruments was test by 5 experts with content validity index (CVI) as .96 and .97, respectively. Reliability test with Cronbarch's alpha coefficient were .93 and .80, respectively. Data were analyzed using statistics Pearson's product moment correlation coefficient.

The results of the study showed that the overall perception of preterm labour and the overall behaviors of preventing recurrent preterm labour among pregnant women after hospital discharge were at good level ($\bar{x} = 3.16$, $SD = 0.08$ and $\bar{x} = 3.29$, $SD = 0.17$, respectively). There was a positive statistically significant correlation between perception of preterm labour and preventive behaviors of recurrent preterm labour ($r = .337$, $P < .01$).

The findings of the research reflect that the pregnant women should be provided with the information about preterm labour especially perceived severity, perceived benefits of action and motivation of health care for appropriated preventing behaviors of recurrent preterm labour after hospital discharge.

Keywords: perception, preventive behaviors of preterm labour, recurrent of preterm labour

^{*}Thesis of Master of Nursing Science (Midwifery), Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

^{**}Student of Master of Nursing Science program in Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

^{***}Assistant Professor, Center of Research and Training on Gender and Women's Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding Author (nilruj@kku.ac.th)



บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labour) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทางสูติศาสตร์ เนื่องจากสามารถก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) ได้ถึงร้อยละ 50 และเป็นสาเหตุสำคัญของการตายปริกำเนิดและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด ทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพประชากรของประเทศ^{1,2} จากการศึกษาของ Beck, Wojdyla, Say, Betran, Meriladi, Requejo.³ พบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2005 ร้อยละ 9.6 ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ในปี 2009 คิดเป็นร้อยละ 12 ของการคลอดทั้งหมด² ขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 5-7 และสูงถึงร้อยละ 19 ในประเทศที่กำลังพัฒนา³ สำหรับประเทศไทยมีรายงานข้อมูลทางสถิติการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ของโรงพยาบาลศิริราช เท่ากับร้อยละ 12 ของการคลอดทั้งหมด⁴ ขณะที่โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ามีรายงานสถิติการคลอดก่อนกำหนด ปีพ.ศ. 2555-2559 คิดเป็นร้อยละ 10.4, 9.7, 9.5, 14 และ 13.32 ของการคลอดทั้งหมดตามลำดับ⁵

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีผลกระทบทั้งกับมารดาและทารก ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการต้องนอนพัก (Bed rest) ในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด⁶⁻⁹ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดเมื่อยตามตัว เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ น้ำหนักลดลง เป็นต้น เป็นผลให้มารดา เกิดความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์⁸ สำหรับทารก ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอาจไม่ส่งผลโดยตรงต่อทารก แต่เมื่อเกิดการคลอดก่อนกำหนด จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของทารก ทำให้เกิดการตายปริกำเนิดและภาวะทุพพลภาพได้¹ โดยทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 50 จะมีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว^{2,10} ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ภาวะลำไส้อักเสบ โรคปอดเรื้อรัง โรคจอตาผิดปกติ¹¹ ภาวะติดเชื้อ ตัวเหลือง ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำและมีโอกาสเกิดภาวะสมองพิการเพิ่มขึ้น¹² ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทารกที่คลอดก่อนกำหนดส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดแก่มารดาในระยะหลังคลอดได้¹³

แนวทางการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด คือ การรับหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไว้รักษาในห้องคลอด เพื่อให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกและชะลอการคลอดก่อนกำหนด โดยยืดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ออกไปให้ยาวนานที่สุด เพื่อลดอัตราทุพพลภาพและลดอัตราการเสียชีวิตของทารก^{2,14} ซึ่งผลการรักษาพบว่า มีทั้งหญิงตั้งครรภ์ ที่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จ และบางส่วนไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ และเกิดการคลอดก่อนกำหนด อย่างไรก็ตาม หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอดเป็นผลสำเร็จและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มักจะกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ถึงแม้จะมีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแต่ก็ไม่สามารถลดการกลับมารักษาซ้ำจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้¹⁵ จากสถิติของโรงพยาบาลขอนแก่น พบหญิงตั้งครรภ์กลับมารักษาซ้ำ ในปี พ.ศ. 2555-2557 คิดเป็นร้อยละ 26.7; 31.1 และ 38.9 ของจำนวนผู้ที่มารับการยับยั้งการคลอดในห้องคลอดทั้งหมดตามลำดับ⁵

จากการทบทวนการศึกษาติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอดสำเร็จ และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดรับรู้ว่าการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำเป็นสิ่งที่ยากทำได้ยาก เนื่องจากหญิงที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องปฏิบัติในหลายบทบาทที่ขัดแย้งกันกับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับ¹⁶⁻¹⁸ กล่าวคือ การที่หญิงตั้งครรภ์ต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้ช่วยเหลือสามี ในขณะที่เดียวกันหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานนอกบ้านต้องประคับประคองการตั้งครรภ์ โดยต้องหยุดทำงานนอกบ้านเพื่อนอนพักที่บ้านหากมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น^{17,18} ขณะที่หญิงตั้งครรภ์บางรายมีการรับรู้ต่อการนอนพักว่าเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ¹⁸ ส่งผลให้ครอบครัวมีปัญหาด้านการเงิน จากการขาดรายได้ และเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่าย¹⁷ และขณะที่บางส่วนมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการรักษา โดยหญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าการเจ็บครรภ์ที่เกิดขึ้นจะหายได้เอง จึงชะงักงินยา สัมกินยา หรือไม่กินยา ในบางรายอาการเจ็บครรภ์ยังคงมีอยู่และต้องได้รับยายับยั้งการ



หดรัดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดอาการใจสั่น ไม่สุขสบาย พักผ่อนได้น้อย หรือมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกายในขณะนั้น นอน หรือปฏิบัติงาน เป็นผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง เนื่องจากทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้¹⁶ รวมทั้งรับรู้วาทันไม่มีโอกาสกลับมาเจ็บครรภ์คลอดซ้ำ เนื่องจากไม่ได้ทำงาน ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ แพทย์ให้ยาและหายเป็นปกติแล้ว ไม่ได้มีภาวะเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้เหล่านี้ เป็นผลให้หญิงตั้งครรภ์กลับไปดำเนินชีวิต และปฏิบัติงานตามปกติ ละเลยการสังเกตอาการผิดปกติ^{16,17} ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากโรงพยาบาล เพื่อจัดการต่อการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้¹⁷

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การปฏิบัติตัวและการตอบสนองทางพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นล้วนเป็นผลมาจากการรับรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อกระบวนการทางความคิด ความรู้ ความเข้าใจ ส่งผลโดยตรงต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ^{19,20} ซึ่ง Becker²¹ ได้อธิบายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ว่าการที่บุคคลใดจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมความเจ็บป่วย บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น^{22,23} แต่ไม่พบการศึกษาถึงการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดสำเร็จ และได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดสำเร็จ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดซ้ำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารั้ครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker²⁴ ซึ่งอธิบายว่าการที่บุคคลใด จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมความเจ็บป่วย บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อหรือรับรู้วาทันเองอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นปัจจัยภายในตัวบุคคลด้านการรับรู้ที่เป็นตัวบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยตรง และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหรือภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ซึ่งองค์ประกอบภายใต้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความชัดเจนสามารถใช้ในการประเมินการรับรู้ โดยอธิบายถึงการรับรู้เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถใช้ได้ครอบคลุมถึงกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ โดยกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker²⁴ ประกอบด้วยการรับรู้ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) และแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motive)

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 24-36^{6,7} สัปดาห์โดยประเมินอายุครรภ์จากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) หรือการทำอัลตราซาวด์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคุกคาม เข้ารับการรักษาโดยการให้ยายับยั้งการคลอดครั้งแรกและเป็นผลสำเร็จ และได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 แห่งในจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาลชุมแพ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากประชากร โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24-36^{6,7} สัปดาห์ในวันที่ตอบแบบสอบถาม เข้ารับการรักษาโดยการให้ยายับยั้งการคลอดครั้งแรกและเป็นผลสำเร็จ และได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วันขึ้นไป โดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ อ่านเขียนและพูดภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระหว่างการตอบแบบสอบถาม การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้ตารางประมาณค่า กลุ่มตัวอย่าง Power analysis และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of analysis; 1-β) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญ (Level of significance, α) ที่ .05²⁵ ซึ่งจากการเปิดตารางได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวนบุตรมีชีวิต อายุครรภ์ปัจจุบัน โรคประจำตัว และความพร้อมในการตั้งครรภ์ 2) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของ สุริดา สิงห์ศิริเจริญกุล²³ ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพของ Becker²⁴ และปรับข้อความจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 4 ตัวเลือก และ

3) แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของ สุริดา สิงห์ศิริเจริญกุล²³ และปรับข้อความจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 4 ตัวเลือกเช่นกัน

คุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .96 และ .97 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha-Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .93 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และผ่านจริยธรรมโรงพยาบาลขอนแก่น ก่อนการวิจัยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และผลเสียของการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้อาสาสมัครมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยตลอดจนสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่ มีผลต่อบริการการรักษาที่ได้รับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลขอนแก่น และได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยคัดเลือกและอบรมผู้ช่วยวิจัย 2 คนเกี่ยวกับโครงการวิจัยและขั้นตอนการเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลเริ่มจากผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ตามคุณสมบัติที่กำหนดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง อธิบายรายละเอียดโครงการวิจัยแก่หญิงตั้งครรภ์และให้หญิงตั้งครรภ์ที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยลงนามในแบบฟอร์มแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือให้ญาติร่วมลง



นามในการฝึกหัดหึ่งตั้งครรรค์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หลังจากนั้นเมื่อหึ่งตั้งครรรค์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วันหรือมากกว่า และมาตรวจตามนัดที่แผนกฝากครรรค์ของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหึ่งตั้งครรรค์และให้หึ่งตั้งครรรค์ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2561 และระหว่างการเก็บข้อมูลไม่มีหึ่งตั้งครรรค์รายใดมีอาการเจ็บครรรค์คลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Co-efficient)

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 12-41 ปี (เฉลี่ย 27.59 ปี) ส่วนใหญ่มีอายุ 21- 34 ปี ร้อยละ 70.9 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.5 มีอาชีพแม่บ้านและรับจ้างทั่วไปใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 38.8 และ 33.7 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 33.7 อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ แต่งงานและอยู่ด้วยกันกับสามี

ร้อยละ 72.1 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.1 การตั้งครรรค์ครั้งนี้มีความพร้อม เป็นส่วนมาก คิดเป็นร้อยละ 89.4 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรรค์และการคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรรค์เป็นครั้งที่สอง คิดเป็นร้อยละ 39.5 รองลงมาเป็นครรรค์แรกร้อยละ 37.2 ส่วนใหญ่ ไม่เคยมีประวัติการแท้ง และการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 76.5 และร้อยละ 94.1 ตามลำดับ ยังไม่เคยมีบุตร และมีบุตรเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 45.9 และ 43.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อายุครรรค์ 34-36 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 54.1

การรับรู้ภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนดในหึ่งตั้งครรรค์ การรับรู้ภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนดโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.16$, $SD = 0.08$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนดในหึ่งตั้งครรรค์อยู่ในระดับดีทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงสุด คือ แรงจูงใจในด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 3.44$, $SD = 0.01$) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนด ($\bar{x} = 3.28$, $SD = 0.07$) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนด ($\bar{x} = 3.17$, $SD = 0.07$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนด ($\bar{x} = 3.14$, $SD = 0.08$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนด ($\bar{x} = 2.84$, $SD = 0.08$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนดของหึ่งตั้งครรรค์ โดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน

การรับรู้ภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนด	$\bar{X}$	SD.	การรับรู้
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนด	3.14	0.08	ดี
2. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนด	3.17	0.07	ดี
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนด	3.28	0.07	ดีมาก
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนด	2.84	0.08	ดี
5. แรงจูงใจในด้านสุขภาพ	3.44	0.01	ดีมาก
รวม	3.16	0.08	ดี

พฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนดซ้ำของหึ่งตั้งครรรค์ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนดซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.29$, $SD = 0.17$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ

พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวสูงสุด คือ ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้งที่แพทย์นัด ($\bar{x} = 3.93$, $SD = 0.25$) รองลงมาคือ ท่านหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{x} = 3.89$, $SD = 0.40$) และ ท่านไม่ดื่มกาแฟ ($\bar{x} = 3.78$,



SD = 0.64) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ำที่สุด คือ ท่านขอคำปรึกษาจากญาติ หรือพูดคุยระบายความรู้สึกกับเพื่อนสนิทเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ($\bar{x}$ = 2.85, SD = 0.83) ท่านหลีกเลี่ยงการเดินมาก ๆ ระหว่างการทำงาน เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์ซ้ำ ($\bar{x}$ = 2.86, SD = 0.77) และท่านยังคงทำงานบ้านตามปกติ ($\bar{x}$ = 2.86, SD = 0.77)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .337 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยรวม พฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ	.337	0.002**

**p < .01

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .337$, $P = .002$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker²⁴ ซึ่งอธิบายว่าการที่บุคคลใดจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยได้ดี บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับที่ดีพอต่อการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรวิญญา ชลธารักษ์ปนาท²² ในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และการศึกษาของสุริดา สิงห์ศิริเจริญกุล²³ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น พบว่าการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่าการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.16, SD = 0.08) โดยพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพและ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากที่สุด ($\bar{x}$ = 3.44, SD = 0.01 และ $\bar{x}$ = 3.28, SD = 0.07) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.1 แต่งงานและอยู่ด้วยกันกับสามี การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งแรก ร้อยละ 37.2 และครั้งที่สอง คิดเป็นร้อยละ 39.5 รวมทั้งเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความพร้อมเป็นส่วนมาก คิดเป็นร้อยละ 89.4 สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อยับยั้งการคลอดมาก่อน ซึ่งระหว่างที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลทั้ง 3 แห่ง มีการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ อีกทั้งบางโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น พยายามมีการประเมินผลเครือญาติก่อนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ เพื่อประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อหญิงตั้งครรภ์กลับไปอยู่ที่บ้าน รวมทั้งร่วมกันปรับรูปแบบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กิจกรรมเหล่านี้อาจช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ถึง



ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ดีขึ้นเรื่อยๆ ทั้งยังช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคได้ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อคำถามที่ค่าคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ข้อคำถามที่มีคะแนนการรับรู้ต่ำที่สุด คือ การที่มีฟันผุและไม่ได้รับการรักษา ในขณะที่ตั้งครรภ์เป็นสาเหตุเสี่ยงทำให้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ($\bar{x} = 2.65$, $SD = 0.57$) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ($\bar{x} = 2.75$, $SD = 0.68$) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้ความเข้าใจและไม่สามารถความเชื่อมโยงว่าการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะสามารถเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูกและนำไปสู่การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ และบุคลากรอาจจะไม่ได้เน้นเรื่องนี้เท่าที่ควรเมื่อให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ นอกจากนั้นหญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าการทำงานหนักไม่ใช่สาเหตุให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำอีก ($\bar{x} = 2.86$, $SD = 0.71$) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำมากที่สุด คือ การหลีกเลี่ยงการทำงานบ้านตามปกติเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดซ้ำ ทำได้ยากเพราะต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว ($\bar{x} = 2.59$, $SD = 0.66$) การหยุดทำงานเพื่อนอนพักทำได้ยากเพราะทำให้ขาดรายได้ ($\bar{x} = 2.61$, $SD = 0.75$) การผ่อนคลายความเครียดเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ($\bar{x} = 2.74$, $SD = 0.71$) อธิบายว่า อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาชีพเป็นแม่บ้าน และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 38.8 และ 33.7 อีกทั้งรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.7 อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ต้องรับผิดชอบบทบาทของแม่บ้านที่ต้องทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้าน ซึ่งการรับรู้อุปสรรคด้านการงานและพักผ่อนสอดคล้องกับการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสิ่งที่กระทำได้ยากเนื่องจาก หญิงที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเหล่านั้นต้องปฏิบัติหลายบทบาทตามที่สังคมคาดหวังให้ผู้หญิงต้องทำงานบ้าน ดูแลบุตร และการหารายได้เพื่อเลี้ยงดูครอบครัว^{16,17, 26,27} ถึงแม้จะมีอาการเจ็บครรภ์ก็ต้องผินทำงานบ้านเพราะเป็นหน้าที่ บางรายผินออกไปทำงานนอกบ้าน เนื่องจากต้องการช่วยแบ่งเบาภาระ

ครอบครัว¹⁴ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ข้อคำถามที่มีคะแนนการรับรู้ในระดับต่ำ คือ ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีโอกาสเสียชีวิตเท่ากับทารกคลอดที่ครบกำหนด ($\bar{x} = 2.75$, $SD = 0.65$) และเด็กที่คลอดก่อนกำหนดแม้จะตัวเล็กแต่มีสุขภาพแข็งแรงเหมือนเด็กคลอดครบกำหนด ($\bar{x} = 2.89$, $SD = 0.63$) อธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้แม้จะมีประสบการณ์ต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แต่ส่วนใหญ่มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.1) อายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ ซึ่งใกล้ครบกำหนดแล้ว จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักต่อผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนดต่อสุขภาพทารกที่คลอดกำหนดลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีสุขภาพที่ดีได้ ในบางรายรับรู้ว่าเด็กที่คลอดก่อนกำหนดมีความแข็งแรง เติบโตมากกว่าเด็กที่คลอดครบกำหนด^{16,17}

ในส่วนของพฤติกรรมในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.29$, $SD = 0.17$) อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์มากถึง ร้อยละ 89.4 อายุอยู่ในระหว่าง 21-34 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่มากที่สุด และร้อยละ 89.4 มีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษา ทำให้มีการคิดวิเคราะห์ ไตร่ตรองและสามารถรับผิชอบต่อสุขภาพตนเองได้ดี อีกทั้งการศึกษาที่ดี มีผลต่อการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของโรคต่อตนเองและทารกในครรภ์ ทำให้บุคคลสามารถแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเจ็บป่วยได้ดี นอกจากนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในระหว่างการนอนรักษาในโรงพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล ในการให้คำปรึกษารายบุคคล ประกอบกับมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยมีสถานภาพสมรสคู่อยู่กับสามีร้อยละ 71.8 ตามลำดับ จึงได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว ได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ได้รับคำแนะนำที่ดีและคำปรึกษาในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สิ่งเหล่านี้ล้วนนำไปสู่การรับรู้ต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ดี ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเองและบุตรในครรภ์



พร้อมทั้งระดับประคองการตั้งครรภ์ต่อไปได้ เมื่อพิจารณาคะแนน พฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำพบว่าข้อคำถามที่ได้คะแนนน้อยที่สุดเป็นพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการทำงานคือ ข้อคำถามที่ว่าท่านหลีกเลี่ยงการเดินมาก ๆ ระหว่างการทำงาน เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์ซ้ำ ($\bar{x} = 2.86$, $SD = 0.77$) ทั้งนี้ พฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงการทำงานหรือหยุดทำงานในข้อนี้สอดคล้องกับการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ในเรื่องอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้อธิบายไปแล้วในข้างต้น ซึ่งการรับรู้ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมตามการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์นั่นเอง

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีความตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ที่ดีและถูกต้องต่อภาวะสุขภาพของตนเองอย่างครอบคลุมทุกด้าน เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง
2. เนื่องจากการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ พยาบาลจึงควรมีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินการรับรู้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน การให้ความรู้ คำแนะนำ แก่หญิงตั้งครรภ์ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการจัดทำโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับผู้ดูแลใกล้ชิด และส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว มีส่วนร่วมในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ โดยให้คำปรึกษารายบุคคลร่วมกับญาติ ประเมินผังเครือญาติร่วมกับบุคคลที่ดูแลใกล้ชิด เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือกิจกรรมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่อาจเกิดขึ้น
4. การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีการควบคุมตัวแปรพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด รวมถึงแนวทางการให้

ความรู้ของแต่ละโรงพยาบาลที่อาจมีความแตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ จึงควรมีการศึกษาซ้ำโดยควบคุมตัวแปรดังกล่าวข้างต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ประชานและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาล 3 แห่งในจังหวัดขอนแก่นและหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. Appiah-Sakyl K, Konje JC. Prevention of preterm labour. *Obstetrics, gynecology and reproductive medicine* 2015; 25(9): 255-260.
2. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of Preterm Labour. *Obstetrics & Gynecology* 2016; 128(4): e155-164.
3. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88(1): 31-38.
4. Shawanpaiboon S, Khanhokpongsak S. Preterm labour and Preterm Premature Rupture of membranes. *Siriraj Med Bulletin* 2011; 4(2): 25-39.
5. Maternity registration. Khon kaen hospital center annual report. Khon Kaen: Khon Kaen Hospital; 2016.
6. Sangin S. Nursing care of a Mother Experiencing Preterm Labour. *The journal of faculty of nursing Burapha University* 2014; 1(22): 27-38.
7. Da Silva LK, Takemoto Y, Ota E, Tanigaki S, Mori R. Bed rest with and without hospitalisation in multiple pregnancy for improving perinatal outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; 3: 1-42.



8. Maloni JA. Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Obstet Gynecol* 2011; 6(4): 385-393.
9. Sciscione AC. Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. *American journal of obstetrics and gynecology* 2010; 202(3): 232-e1-e5.
10. Reedy N J. Preterm labour and Birth. In: Simpson KR, Creehan PA, editors. *Perinatal nursing*. 4th ed. China: The Association of women's health, obsteric and neonatal nurses; 2014. p. 166-202.
11. Yamakawa T, Itabashi K, Kusuda S. Mortality and morbidity risks vary with birth weight standard deviation score in growth restricted extremely preterm infants. *Early human development* 2016; 9: 27-11.
12. McParland PC. Obstetric management of moderate and late preterm labor. *Seminar in fetal & Neonatal medicine* 2012; 17: 138-142.
13. Auewattana A. The development of the nursing system of mothers with preterm babies. *Journal of Nursing and Health Care* 2014; 32(3): 127-136.
14. Committee on Maternal and Child Health. The management of preterm labour and preterm premature rupture of membranes. *RTCOG Clinical practice guideline* 2015: 15 -41.
15. Senthiri P, Srisong S, Pomprakai R, Permchat M. Development of the nursing model for pregnant women to prevent preterm labour. *Journal of Nursing and Health Care* 2016; 34(2): 164-173.
16. Chanchana C. Preterm labor pregnancy and family pceptions of preterm labor [Master of Science Thesis in Family Nursing]. Khon Kaen : The Graduate school, Khon Kaen University; 2003.
17. Chaiwan W, Rujiraprasert N. Perception and care management of pregnant women with preterm labor after hospital discharge. *Udonthani Hospital Medical Journal* 2012; 20(2): 286-295.
18. Höglund E, Dykes A K. Living with uncertainty: A Swedish qualitative interview study of women at home on sick leave due to premature labour. *Midwifery* 2013; 29(5): 468-473.
19. Thungkittipaporn J. *General psychology*. Chulalongkorn University Press: V Printing (1991); 2013.
20. Charoenpan J, Tonsakul C. *Health Behavior*. 5th ed. Faculty of Public health Masarakham University: Klungnana Vitthaya Press; 2007.
21. Becker M H. Theoretical Models of Adherence and Strategies for Improving Adherence. In : Shumaker SA, Schron EB, Ockene JK, editors. *The Handbook of Health Behavior Change*. New York: Springer; 1990. p. 5-37.
22. Chonlathornkhampanat W, Limprapaipong T, Saneebboot T. The relationship between preterm birth perception and preventive behaviors for preterm birth among pregnant women at Phrapokkloa hospital, Chantaburi [serial online] 2016 [cited 2016 Jan 1]. Available from: file:///C:/Users/Administrator/Downloads/perception.pdf%20(4).pdf.
23. Singsiricharoenkul S. The Relationships between perceived preterm labor and preterm labor prevention of pregnant adolescents [Master of Nursing Science Thesis in Advanced Midwifery]. Khon Kaen : The Graduate school, Khon Kaen University; 2012.
24. Becker MH. Theoretical models of adherence and strategies for improving adherence. In: Shumaker SA, Schron EB, Ockene JK, Parker CT, Probstfield JL, Wolle JM, editors. *The handbook of health behavior change* . New York: Springer Publishing Co; 1974. p. 5-43.
25. Polit DF. *Nursing research: Principle and method*. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 2010.
26. MacKinnon KA. The social organization of women's preterm labour experiences [Department of nursing]. Calgary: University of Calgary; 2005.
27. MacKinnon KA. Living with the threat of preterm labor: women's work of keeping the baby in. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal nursing* 2006; 35(6): 700-708.