

ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดต่ออุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนด  
และความปลอดภัยของผู้คลอดในตำบลหัวช้าง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

The Effectiveness of a Nursing Intervention Model for Preventing Preterm Birth on  
the Incidence of Preterm Delivery and Maternal Safety in Hua Chang Subdistrict,  
Chaturaphak Phiman District, Roi Et Province

ศศธร จันทะคาม\*

Sasathon Chantakham

Corresponding author: E-mail: sasitor391@gmail.com

(Received: October 16, 2025; Revised: October 22, 2025; Accepted: November 22, 2025)

บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของผู้คลอดในตำบลหัวช้าง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

**รูปแบบการวิจัย :** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็น 1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ เป็นหญิงตั้งครรภ์ในเขตตำบลหัวช้างที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานในระยะศึกษาสถานการณ์ 5 คน ระยะพัฒนาระบบบริการ 22 คน 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน 14 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักสำหรับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 6 คน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่มกราคม - มิถุนายน 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

**ผลการวิจัย :** การวิเคราะห์สถานการณ์พบปัญหาทั้งระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ที่โรงพยาบาล (Hospital level) และหลังออกจากโรงพยาบาล (Post-hospital) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดประกอบด้วยกิจกรรม 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและคู่มือการป้องกัน 2) การประเมินความเข้าใจและการวางแผนพฤติกรรมลดความเสี่ยง 3) การติดตามผลและทบทวนพฤติกรรม 4) การตอบแบบสอบถามและการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และ 5) การติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข และผลการประเมินรูปแบบการพยาบาลฯ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดคือ เคยผ่าตัดมดลูก (รวมถึงผ่าคลอด) (27.27%) ; หลังการพัฒนา พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.98 คะแนน (95%CI: 2.37-3.58) หลังการพัฒนาไม่พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด (0.00%) และเจ้าหน้าที่, อาสาสมัครสาธารณสุข และหญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** รูปแบบการพยาบาลในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สามารถใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ได้ และควรขยายไปใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ต่อไป

**คำสำคัญ:** หญิงตั้งครรภ์; การคลอดก่อนกำหนด; ระบบการเฝ้าระวังป้องกัน

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

## Abstract

**Purposes :** To assess the local situation, develop, and evaluate a nursing model for preterm-birth prevention among pregnant women in Hua Chang Subdistrict, Chaturaphak Phiman District, Roi Et Province.

**Study Design :** Action Research.

**Materials and Methods :** This action research, conducted from January to June 2025, engaged three groups of key informants: (1) pregnant women attending antenatal care (ANC) during the situation-analysis phase (n=5) and the model-development phase (n=22); (2) healthcare providers at Chaturaphak Phiman Hospital (n=14); and (3) core stakeholders involved in model development (n=6). Data were collected using a preterm-birth risk screening tool and semi-structured interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

**Main finding :** Situation analysis revealed multilevel gaps spanning the pre-hospital, hospital, and post-hospital continuum of care. The developed nursing model comprised five components: (1) structured education and a prevention handbook; (2) assessment of understanding and individualized risk-reduction planning; (3) follow-up and reinforcement of preventive behaviors; (4) systematic risk screening and questionnaire assessment; and (5) continuous monitoring with village health volunteer participation. The most common preterm-birth risk factor was prior uterine surgery, including cesarean section (27.27%). After implementation, mean knowledge scores regarding preterm-birth surveillance and prevention significantly improved (mean difference = 2.98; 95% CI: 2.37–3.58;  $p < .001$ ). No preterm births were observed during the post-implementation period (0.00%). Satisfaction among healthcare providers, volunteers, and pregnant women was rated at the highest level.

**Conclusion and recommendations :** The developed nursing model effectively strengthened preterm-birth surveillance and prevention in a community hospital context. Its structured, collaborative, and continuity-of-care approach demonstrates high potential for scale-up and integration into routine maternal health services across similar healthcare settings.

**Keywords :** Pregnant women; Preterm birth; Surveillance system

## บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด โดยนิยามหมายถึงการคลอดที่อายุครรภ์ก่อน 37 สัปดาห์ ภาวะนี้ส่งผลกระทบทั้งต่อสุขภาพของมารดาและทารกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการดูแลแบบเฉพาะทาง การติดตามข้อมูลอุบัติการณ์จึงมีความสำคัญเพื่อวางแผนลดความเสี่ยงและเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการด้านแม่และเด็ก<sup>1</sup>

ข้อมูลล่าสุดของประเทศไทยในปี พ.ศ.2566 จากระบบสารสนเทศของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ ร้อยละ 9.98 ซึ่งแม้จะมีแนวโน้มลดลงจากปีก่อนหน้า (อัตรา 12.47% ในปี พ.ศ.2564 และ 11.61% ในปี พ.ศ.2565) แต่ยังคงสูงกว่าเป้าหมายเชิงนโยบายที่ต้องการลดอัตราให้ต่ำกว่าร้อยละ 8 ในระยะเวลา 2 ปีข้างหน้า ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าภาวะการคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาที่ต้องการมาตรการป้องกัน การคัดกรองความเสี่ยง และการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างเข้มแข็งต่อเนื่อง นอกจากนี้รายงานจากองค์การอนามัยโลกยังชี้ให้เห็นว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยมีความแตกต่างระหว่างภูมิภาคตั้งแต่ร้อยละ 8 ถึงร้อยละ 18 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำด้านบริการสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่หลากหลายตามบริบทพื้นที่<sup>2</sup> เช่นเดียวกับอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 13.51 และ 17.07 ของการคลอดทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2566<sup>3</sup> ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของอุบัติการณ์ระหว่างพื้นที่ และบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและบริบทเฉพาะของพื้นที่อย่างลึกซึ้ง เพื่อวางแผนป้องกันและลดการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดในอนาคต กล่าวได้ว่าการคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยยังคงเป็นภาวะที่ต้องให้ความสำคัญเชิงระบบ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ

การติดตามหญิงตั้งครรภ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการพัฒนารูปแบบบริการในทุกระดับ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ เพื่อลดผลกระทบต่อการเกิดแรกเกิดและยกระดับคุณภาพระบบบริการแม่และเด็กอย่างยั่งยืน

สถานการณ์ในพื้นที่ศึกษาพบว่า การให้บริการในแต่ละระยะยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การขาดความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองและติดตามในระดับชุมชนที่ไม่ครอบคลุม ตลอดจนการให้คำแนะนำและแนวปฏิบัติของบุคลากรในโรงพยาบาลที่ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน นอกจากนี้ระบบการส่งต่อและการติดตามหลังออกจากโรงพยาบาลยังขาดความต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมารับบริการล่าช้าหรือไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในช่วงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้ช่องว่างการวิจัย (Research Gap) ที่สำคัญในประเด็นนี้ คือ การขาดข้อมูลเชิงระบาดวิทยาที่มีคุณภาพและครอบคลุมระดับท้องถิ่น แม้จะมีการรายงานอัตราการคลอดก่อนกำหนดในระดับประเทศ แต่ข้อมูลในระดับจังหวัดหรืออำเภอยังไม่เป็นระบบ และมีความแตกต่างกันในด้านการวินิจฉัยอายุครรภ์ วิธีการบันทึกข้อมูล และการติดตามผลทารกหลังคลอด ทำให้การวิเคราะห์เชิงสาเหตุและการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ทำได้ยาก อีกทั้งงานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยมักเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) หรือแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ที่เน้นปัจจัยพื้นฐานบางประการ เช่น อายุของมารดา โรคประจำตัว หรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ โดยยังขาดการศึกษาที่ออกแบบเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงเชิงซับซ้อนในบริบทสังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมในพื้นที่ชนบทโดยเฉพาะ<sup>4</sup>

นอกจากนี้ ยังพบว่ามีช่องว่างในการติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของทารกคลอดก่อนกำหนด ทั้งด้านพัฒนาการ การเจริญเติบโต และภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญต่อการประเมินภาวะโรคและการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพมารดาและทารก อีกทั้งระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ชนบทยังเผชิญ

ข้อจำกัดด้านทรัพยากร เช่น การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ที่ไม่ครบตามเกณฑ์ และความไม่สม่ำเสมอในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติมาตรฐาน เช่น การให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ก่อนคลอดในรายที่มีความเสี่ยง หรือการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิด<sup>5</sup>

จากช่องว่างข้างต้น จึงเกิดความจำเป็นในการดำเนินการวิจัยที่มุ่งพัฒนาความรู้และแนวทางการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในจังหวัดร้อยเอ็ดและอำเภอจตุรพักตรพิมานที่มีอัตราการเกิดภาวะดังกล่าวสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ แนวทางการแก้ไขปัญหาคควรเริ่มจากการจัดทำ ระบบทะเบียนการคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth Registry) เพื่อรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การฝากครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงของมารดา การดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ จนถึงผลลัพธ์ของทารกหลังคลอด ซึ่งจะช่วยให้สามารถติดตามแนวโน้ม และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ควรส่งเสริมการวิจัยแบบ Cohort study หรือ Case-control study ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่แท้จริงของการคลอดก่อนกำหนดในบริบทท้องถิ่น พร้อมทั้งดำเนินการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Implementation research) เพื่อทดสอบแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เหมาะสมกับทรัพยากรของพื้นที่ เช่น โปรแกรมการติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องสัญญาณอันตรายของการคลอดก่อนกำหนด และระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแม่และทารกอย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวดับในเชิงนโยบายควรมีการพัฒนาคุณภาพบริการฝากครรภ์ โดยเน้นการคัดกรองและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรด้านสูติกรรมในโรงพยาบาลชุมชน และการพัฒนาระบบเครือข่ายการอ้างอิงระหว่างสถานพยาบาล เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างทันท่วงที พร้อมทั้งส่งเสริมการให้ความรู้แก่ชุมชน และครอบครัวในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่อง การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ยังคงมีอุบัติการณ์สูงในหลาย

พื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะในจังหวัดร้อยเอ็ดและอำเภอจตุรพักตรพิมาน ช่องว่างของข้อมูลเชิงสาเหตุและการขาดระบบติดตามผลที่เป็นระบบ ทำให้ไม่สามารถระบุปัจจัยเฉพาะพื้นที่ได้อย่างชัดเจน การวิจัยเชิงระบาดวิทยาและเชิงปฏิบัติการในระดับท้องถิ่นจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อสร้างองค์ความรู้และแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ นำไปสู่การลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิดในอนาคต<sup>6</sup>

อย่างไรก็ตามการคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เป็นแนวทางหนึ่งในการเฝ้าระวังป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแต่ปัจจุบันยังไม่สามารถคัดกรองความเสี่ยงบางประการที่พบบ่อยในทางปฏิบัติได้กล่าวคือ การสังเกตหรือการรายงานในทางปฏิบัติพบว่า สตรีที่คลอดบุตรก่อนกำหนดมักมีลักษณะพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันเกี่ยวกับการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน แต่พฤติกรรมบางอย่างไม่สามารถระบุหรือไม่ทราบแน่ชัดว่าต้องปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมดังกล่าวมาน้อยเพียงใด ในขณะที่แบบคัดกรองส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นปัจจัยที่มีหลักฐานบ่งชี้ชัดเจนว่าก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดสูงเท่านั้น เช่น ครรภ์แฝด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ รกเกาะต่ำเคยคลอดก่อนกำหนด และปากมดลูกไม่แข็งแรง รวมถึงเคยคลอดก่อนกำหนด อายุมากกว่า 35 ปี และมีภาวะซีด เป็นต้น<sup>7</sup> จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด พบว่า ประมาณร้อยละ 60-70 ของหญิงตั้งครรภ์ ยังไม่มีความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง” เป็นเหตุให้เข้ามารับการรักษาล่าช้า แพทย์จึงไม่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้สำเร็จการเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหาการคลอดก่อนกำหนด ควรมีการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์เรื่องความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดภาวะแทรกซ้อนและคำปรึกษาพยาบาลของทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดโดยครอบครัวจะต้องตระหนักและเตรียมความพร้อมก่อนที่จะตั้งครรภ์ คู่สมรสมีการตรวจสุขภาพก่อนการสมรสหรือก่อนตั้งครรภ์ ไปฝากครรภ์ทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ ในส่วนของภาคชุมชนมีระบบ

การเฝ้าระวัง ป้องกัน และร่วมดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด<sup>8</sup>

จากการทบทวนเอกสารข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญเร่งด่วนสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรหลักที่มีบทบาทโดยตรงในการให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การมีรูปแบบการพยาบาลที่มีโครงสร้างชัดเจนและมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับจะช่วยให้การประเมินความเสี่ยง การให้คำแนะนำ การเฝ้าระวังภาวะผิดปกติ และการส่งต่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งเน้นการป้องกันยังช่วยส่งเสริม “ความปลอดภัยของผู้คลอด” (Maternal safety) ทั้งในด้านการลดภาวะแทรกซ้อนก่อน ระหว่าง และหลังคลอด เช่น ภาวะตกเลือด ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ และการติดเชื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาในประเทศไทย การพัฒนาระบบการพยาบาลที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสตรีตั้งครรภ์ ครอบครัว และทีมสุขภาพ จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลและลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งต่อมารดาและทารก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้ได้แนวทางที่มีประสิทธิผล สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการฝากครรภ์และห้องคลอดของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้คลอด ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกในระยะยาวต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของผู้คลอดในตำบลหัวช้าง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

### วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม - มิถุนายน 2568

**พื้นที่ศึกษา** ได้แก่ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลศูนย์ร้อยเอ็ด

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** ประกอบด้วย 1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ เป็นหญิงตั้งครรภ์ในเขตตำบลหัวช้างที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 5 คน ระยะพัฒนาระบบบริการ จำนวน 22 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานที่มีอายุครรภ์ 28 - 36<sup>+</sup> สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนมกราคม - มิถุนายน 2568 (2) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และ (3) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยิน และการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคในการอ่านหนังสือ 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 14 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักสำหรับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 6 คน

**ผู้ร่วมวิจัย** เป็นเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 10 คน

**เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนก ANC โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่

1) **แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด** แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตัวแปรอายุ อายุครรภ์ วันกำหนดคลอด วันที่มาฝากครรภ์ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก (การตั้งครรภ์ครั้งนี้) จำนวน 12 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบใช่ และไม่ใช่ จำนวน 13 ข้อ การแปลผลเบื้องต้นถ้าตอบใช่  $\geq 1$  ข้อ: แสดงว่ามีความเสี่ยงสูงต้องส่งตรวจเพิ่มเติม/พบแพทย์เฉพาะทาง

**ส่วนที่ 3** แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบใช่ และไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดและการป้องกันตนเองจากภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ลักษณะเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบว่าใช่ และไม่ใช่<sup>9</sup>

**2) แบบสอบถามความพึงพอใจ สำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น** โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับการแปลผลการประเมินความพึงพอใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของประคอง กรณีสุด<sup>9</sup>

**3) แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับหญิงตั้งครรภ์** จำนวน 10 ข้อ ประเมินด้วยการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแบ่งเป็น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ และการแปลผลการประเมินความพึงพอใจโดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของประคอง กรณีสุด<sup>9</sup>

**4) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม** ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มในระยะเวลาศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบ

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ค่าความยากง่ายรายข้อตั้งแต่ 0.40-0.75 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.36-0.82 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.83

#### วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์** ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยการคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 14 คนประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 6 คน เจ้าหน้าที่/พนักงาน จำนวน 2 คน และหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 5 คน

**ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด** โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนจากการสนทนากลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผนลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย โดยมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาดังต่อไป

**ระยะที่ 3 การประเมินผล** ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลข้อมูลการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ 2) แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข และหญิงตั้งครรภ์ และ 5) แนวคำถามการสนทนากลุ่มในระยะการประเมินผล

#### วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อนำมาพัฒนาแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในผู้ตั้งครรภ์ โดยนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้นและไม่เจาะจงตัวบุคคลเพื่อรักษาความลับ และการทำวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่รับรอง COE 1402567 รับรองเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567 เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการอธิบายรายละเอียดวัตถุประสงค์และวิธีการของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และเมื่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยอนุญาตและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงทำการลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลส่วนตัวต่างๆ จะเก็บเป็นความลับจะไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคล แต่รายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลในภาพรวมที่ไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ ประชากรที่ศึกษาสามารถออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการ

## ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

### 1. การวิเคราะห์สถานการณ์ (เดือนมกราคม พ.ศ.2568)

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการพัฒนาแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด: บทวิเคราะห์เชิงระบบบริการสุขภาพ การคลอดก่อนกำหนดเป็นหนึ่งในปัญหาทางสูติกรรมที่สำคัญและมีผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกอย่างลึกซึ้ง ทั้งในด้านอัตราป่วย อัตราตาย และคุณภาพชีวิตในระยะยาว การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นพันธกิจสำคัญของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับอำเภอและชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ให้บริการฝากครรภ์และติดตามหญิงตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามการจัดการบริการในหลายพื้นที่ยังประสบข้อจำกัดทั้งด้านความรู้ของผู้ตั้งครรภ์ ระบบบริการที่ไม่ครอบคลุม และความไม่ต่อเนื่องในกระบวนการดูแล ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งยังเข้าถึงบริการล่าช้าและไม่ได้รับการป้องกันหรือเฝ้าระวัง

อย่างเหมาะสม การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ปัญหาในแต่ละช่วงของระบบบริการ ได้แก่ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะที่โรงพยาบาล และระยะส่งต่อ-ติดตาม เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาแบบการพยาบาลเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพ

ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการเตือนของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเพิ่มโอกาสเกิดภาวะดังกล่าว เช่น การทำงานหนัก การพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือการประเมินอาการผิดพลาด จากข้อมูลระดับประเทศพบว่า ร้อยละ 60-70 ของหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถระบุอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้อง ทำให้ตัดสินใจมารับบริการล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานในพื้นที่ตำบลหัวช้าง นอกจากนี้ ระบบบริการปฐมภูมิในชุมชนยังพบข้อจำกัดในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง โดย รพ.สต. และอสม. ยังไม่มีแบบประเมินที่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม จิตสังคม และสภาวะแวดล้อม ขณะเดียวกัน การติดตามหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงในชุมชนยังไม่เป็นระบบหรือไม่สม่ำเสมอ ทำให้สูญเสียโอกาสในการเฝ้าระวังเชิงรุกก่อนเข้าสู่ภาวะฉุกเฉิน

เมื่อพิจารณาระยะที่โรงพยาบาล (Hospital level) พบว่า แม้โรงพยาบาลจะมีบุคลากรและระบบบริการฝากครรภ์ แต่ก่อนการพัฒนาแบบพบว่าแนวปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ขาดความเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยเฉพาะการให้ความรู้และการประเมินความเสี่ยง การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ยังเน้นเฉพาะปัจจัยเสี่ยงที่ปรากฏชัดเจน เช่น ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด หรือโรคประจำตัว แต่ยังไม่ครอบคลุมปัจจัยที่เกิดจากการดำเนินชีวิตจริงในพื้นที่ เช่น ภาวะเครียด ทำงานหนัก หรือติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ระบบบันทึกข้อมูลและการประสานงาน ANC-รพ.สต.-ห้องคลอดยังแยกส่วน ทำให้ข้อมูลไม่เชื่อมโยงต่อเนื่อง ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงไม่เป็นระบบ อีกทั้งการให้คำปรึกษาเชิงลึกด้านการเฝ้าระวังอาการและการปฏิบัติตนมักขึ้นอยู่กับประสบการณ์รายบุคคลของผู้ให้บริการมากกว่าการใช้

มาตรฐานกลาง จึงทำให้ประสิทธิภาพของการดูแลไม่สม่ำเสมอในแต่ละราย

สำหรับระยะการส่งต่อและการติดตามหลังออกจากโรงพยาบาล (Post-hospital) พบว่า การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ยังไม่มีแนวทางประสานงานที่ชัดเจน ระยะเวลาการส่งต่อขึ้นอยู่กับภาระประเมินของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิและอสม. ทำให้บางรายเกิดการส่งต่อล่าช้า นอกจากนี้ หลังกลับบ้านหญิงตั้งครรภ์มักไม่ได้รับการติดตามอย่างเป็นระบบ ทั้งการประเมินซ้ำ การเยี่ยมบ้าน และการสื่อสารให้คำปรึกษาในระยะต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงสูงยังคงมีโอกาสพัฒนาไปสู่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยไม่มีการแจ้งเตือนหรือกลับเข้ามาใช้บริการทันเวลา ความไม่ต่อเนื่องนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดช่องว่างในระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์แบบองค์รวม

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งสามระยะพบว่า ปัญหาการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดไม่ได้เกิดจากปัจจัยด้านสรีรวิทยาของหญิงตั้งครรภ์เท่านั้น หากแต่เกิดจาก “ช่องว่าง (Research gap) ด้านระบบบริการสุขภาพ” ในหลายมิติ ได้แก่ ช่องว่างด้านความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ช่องว่างด้านมาตรฐานการดูแลของบุคลากร ช่องว่างด้านข้อมูลและการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ และช่องว่างด้านการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ปัญหาเหล่านี้เชื่อมโยงกันเป็นวงจร ซึ่งหากไม่มีการปรับปรุงรูปแบบการดูแลอย่างเป็นระบบ ย่อมทำให้ความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดยังคงมีอยู่สูงและยากต่อการควบคุม ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยต้องเป็นรูปแบบที่เชื่อมโยงการทำงานของทุกระดับบริการ ตั้งแต่ชุมชนจนถึงโรงพยาบาล มีระบบคัดกรองความเสี่ยงที่ครอบคลุม มีมาตรฐานการให้ความรู้และคำปรึกษาอย่างเป็นโครงสร้าง มีระบบติดตามแบบต่อเนื่องผ่านหลายช่องทาง และมีการประสานงานส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบดังกล่าวไม่เพียงช่วยลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด แต่ยังเสริมสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากร ผู้ป่วย และครอบครัว ตลอดจนพัฒนาให้ระบบบริการสุขภาพ

มีคุณภาพและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย กำหนดเป้าหมาย และกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยมีองค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด รูปแบบการพยาบาลนี้ถูกพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านการพยาบาลมารดาและทารก แนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก (WHO) และแนวคิดการดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuity of Care) โดยมุ่งเสริมสร้างความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการเตือน และการเชื่อมประสานระบบบริการในทุกระดับ รูปแบบประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักดังต่อไปนี้

**1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด และคู่มือการป้องกัน** โดยพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ กลไก อาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางปฏิบัติตน พร้อมมอบคู่มือการป้องกันและเฝ้าระวังเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ใช้เป็นแหล่งเรียนรู้ด้วยตนเอง

**2) การประเมินความเข้าใจและการวางแผนพฤติกรรมลดความเสี่ยง (30-32 สัปดาห์)** เป็นการประเมินความเข้าใจเรื่องอาการเตือน การนับการหดตัวของมดลูก การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการ รวมถึงการร่วมจัดทำแผนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงรายบุคคล

**3) การติดตามผลและทบทวนพฤติกรรม (32-34 สัปดาห์)** เป็นการทบทวนการปฏิบัติตามแผน ตรวจสอบบันทึกอาการ และติดตามผ่านโทรศัพท์หรือกลุ่มไลน์ (Line) เพื่อรับข้อมูลอาการอย่างใกล้ชิด

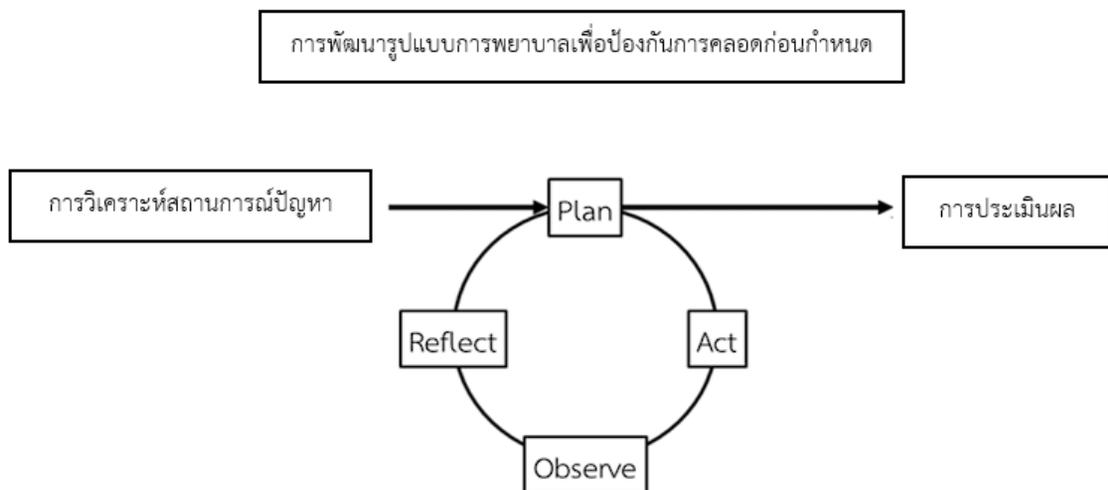
**4) การตอบแบบสอบถามและการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง (36-36<sup>+</sup> สัปดาห์)** โดยพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามและทำการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงด้านสรีรวิทยา พฤติกรรม และจิตสังคม

5) การติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และ อสม.ที่ผ่านการอบรมออกติดตามเยี่ยมบ้านและรายงาน  
การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นการติดตาม อาการผิดปกติ  
ในการนัดฝากครรภ์ การโทรศัพท์ และกลุ่มไลน์ พร้อมให้

ตารางที่ 1 สรุปภาพรวมองค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

องค์ประกอบ	เป้าหมายหลัก	เหตุผลเชิงวิชาการ
1. การให้ความรู้และคู่มือ	เพิ่มความรู้-การรับรู้ความเสี่ยง	ลดความล่าช้าในการตัดสินใจ มารับบริการ
2. ประเมินความเข้าใจและวางแผน	สร้างพฤติกรรมลดความเสี่ยง	สอดคล้อง Self-Efficacy และ ANC คุณภาพ
3. ติดตามผลและทบทวน	เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	ลดการขาดการติดตาม เพิ่ม การตรวจพบอาการเร็ว
4. คัดกรองรอบสุดท้าย	ประเมินความเสี่ยงใหม่ ในช่วงใกล้คลอด	ป้องกัน Missed cases ตามแนวทาง ACOG เสริม Community-Based
5. ติดตามหลายช่องทาง + อสม.	ขยายระบบเฝ้าระวังสู่ชุมชน	Care ของ WHO

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (กุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ.2568) เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจร  
การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นวงจร ดังนี้ (ดังภาพประกอบที่ 1)



ภาพประกอบที่ 1 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

### วงจรพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อสร้างความตระหนักในการให้บริการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฝากครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 27 คน
2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการภายในให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฝากครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์
3. เพิ่มสมรรถนะแพทย์และพยาบาลทั้งด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยการจัดประชุม/อบรมภายใน และส่งประชุม/อบรมภายนอก
4. พัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสำหรับหญิงมีครรภ์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและคู่มือการป้องกัน การประเมินความเข้าใจ และการวางแผนพฤติกรรมลดความเสี่ยง การติดตามผล และทบทวนพฤติกรรม การตอบแบบสอบถามและการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง (36 -36<sup>+</sup> สัปดาห์) และการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการดำเนินงาน พบว่า กระบวนการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สำหรับหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งระบบให้คำปรึกษา การประสานงาน และการติดตามผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์มีความชัดเจน สะดวก และรวดเร็วมากขึ้น

### 3. การประเมินผล (เดือนมิถุนายน พ.ศ.2568)

3.1 ลักษณะทางประชากร หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดจำนวน 22 คน พบว่า อายุเฉลี่ย 30 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาจบบัณฑิตศึกษา (50.0%) ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (40.91%) รายได้เฉลี่ย 11,000-20,000 บาทต่อเดือน (45.45%) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 1-2 ครั้ง (59.09%) และมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ (95.45%)

3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุดคือ เคยผ่าตัดมดลูก (รวมถึงผ่าคลอด) (27.27%) รองลงมา คือ เคยคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน (18.18%) และใช้สารเสพติด (13.64%) และ อายุ  $\leq 18$  ปี,  $\geq 35$  ปี เมื่อครบกำหนดคลอด (13.64%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ (n=22)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด	จำนวน(%)
1. เคยคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน	4(18.18)
2. มีประวัติแท้งหลายครั้ง ( $\geq 2$ ครั้ง)	0(0.00)
3. มีเลือดออกผิดปกติในไตรมาส 1 หรือ 2	1(4.55)
4. เคยผ่าตัดมดลูก (รวมถึงผ่าคลอด)	6(27.27)
5. ตั้งครรภ์แฝด (แฝดสองขึ้นไป)	1(4.55)
6. ปากมดลูกสั้นหรืออง (จากการตรวจ Ultrasound)	0(0.00)
7. ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหรือช่องคลอด	2(9.09)
8. ใช้สารเสพติด	3(13.64)
9. ภาวะเครียดเรื้อรัง/ปัญหาสุขภาพจิต	0(0.00)
10. มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	2(9.09)
11. อายุ $\leq 18$ ปี, $\geq 35$ ปี เมื่อครบกำหนดคลอด	3(13.64)

3.4 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์หลังการพัฒนา พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

โดยรวมมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.98 คะแนน (95%CI; 2.37-3.58) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการพัฒนา (n=22)

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff (SE.)	95%CI	p
<b>ความรู้</b>					
ก่อนการพัฒนา	22	8.13 (2.46)	2.98(0.30)	2.37-3.58	< .001
หลังการพัฒนา	22	11.11 (1.68)			

3.5 การคลอดของหญิงตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมการพัฒนาแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด หลังการพัฒนา พบว่า ไม่พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด (0.00%) โดยคลอด

ปกติ จำนวน 6 คน (27.27%) ผ่าตัดคลอด จำนวน 16 คน (72.73%) และฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ (100.00%) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวน และร้อยละการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หลังเข้าร่วมการพัฒนา (n=22)

ข้อมูลการคลอดของหญิงตั้งครรภ์	จำนวน(%)
1. คลอดก่อนกำหนด	0(0.00)
2. คลอดปกติครบกำหนด	6(27.27)
3. ผ่าตัดคลอดครบกำหนด	16(72.73)
4. ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ	22(100.00)

3.6 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ต่อการพัฒนาแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.55, SD.=0.97) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ระดับความพึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ประเด็นเป็นการสร้างคุณค่า/ความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติพยาบาล (Mean = 4.82, SD.=1.10) มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน (Mean = 4.73, SD.=1.74)

และทำให้เกิดความพึงพอใจจากผู้ป่วย และญาติ (Mean = 4.58, SD.=1.13) ตามลำดับ

3.6 ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ หลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, SD.=0.57) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ระดับความพึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ บริการด้วยความสุภาพและไม่ตรีจิต พุดจาให้เกียรติเป็นกันเอง (Mean = 4.68, SD.=0.60) ความเหมาะสมในการแต่งกาย/

เจ้าหน้าที่มีบุคลิกดี มีท่าทีเป็นมิตร หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส (Mean = 4.67, SD.=0.50) และมีการให้บริการเสมอภาค เป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ (Mean = 4.63, SD.=0.57) ตามลำดับ

## วิจารณ์

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล: ช่องว่างด้านความรู้และระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับข้อมูลระดับประเทศ และงานวิจัยระบุว่ากว่าร้อยละ 60-70 ของหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถระบุอาการเตือนของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้เกิดการตัดสินใจมารับบริการล่าช้า สถานการณ์ในพื้นที่ตำบลหัวช้างสะท้อนปัญหานี้อย่างชัดเจน หญิงตั้งครรภ์จำนวนมากยังมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การทำงานหนัก การพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือการไม่ประเมินอาการตนเองตามเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wastnedge et al.<sup>10</sup> ซึ่งระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะเสี่ยง นอกจากนี้ การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในระดับชุมชนยังไม่เป็นระบบ รพ.สต. และอสม. ไม่มีแบบประเมินที่ครอบคลุมปัจจัยด้านพฤติกรรม จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม จึงทำให้ไม่สามารถระบุผู้มีความเสี่ยงได้อย่างแม่นยำ ความขาดตอนดังกล่าวทำให้ระยะ Pre-hospital เป็นจุดเริ่มต้นที่สร้างความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการและสร้างภาวะ “ช้าเกินไป” ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ระยะที่โรงพยาบาล (Hospital level) ชี้ให้เห็นว่า ช่องว่างด้านมาตรฐานการปฏิบัติและการจัดการข้อมูล โรงพยาบาลในระดับอำเภอมีบทบาทสำคัญต่อการให้บริการฝากครรภ์คุณภาพ แต่ก่อนการพัฒนาแบบฉบับพบว่ามีแนวปฏิบัติที่ประเมินความเสี่ยงและการให้คำปรึกษาไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์รายบุคคลมากกว่ากรอบแนวทางที่เป็นระบบ การคัดกรองยังพุ่งเป้าเฉพาะปัจจัยชีวภาพ เช่น โรคประจำตัว หรือประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด แต่ยังไม่ครอบคลุม “ปัจจัยเสี่ยง

ตามบริบทชีวิตจริง” เช่น ความเครียด การทำงานหนักหรือ การติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่งานวิจัยชั้นนำ ยืนยันว่ามีความสำคัญไม่แพ้กัน สอดคล้องกับการศึกษาของ McLoughlin et al.<sup>11</sup> ได้ระบุช่องว่างเชิงหลักฐานว่า แม้จะมีการศึกษาหลากหลายรูปแบบเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด แต่ความไม่สม่ำเสมอด้านคุณภาพของข้อมูลและความแตกต่างของบริบททำให้แนวปฏิบัติไม่สามารถนำไปใช้ได้โดยตรงตัวในทุกพื้นที่ สิ่งนี้สอดคล้องกับ ปัญหาของโรงพยาบาลระดับอำเภอในไทยที่ยังขาดระบบข้อมูล ANC-รพ.สต.-ห้องคลอด ที่เชื่อมต่อกันเป็นเครือข่าย ทำให้การวางแผนการดูแลรายกรณี (Case management) ไม่ครบถ้วนและไม่ต่อเนื่องและระยะส่งต่อและติดตามหลังกลับบ้าน: ความไม่ต่อเนื่องของระบบบริการระยะ Post-hospital เป็นช่วงที่พบความไม่ต่อเนื่องของการดูแลมากที่สุด เช่น การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังขาดแนวทางประสานงานที่ชัดเจน การประเมินขึ้นอยู่กับบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิและอสม. ทำให้บางรายเกิดความล่าช้าจนเข้าสู่ภาวะเสี่ยงต่อทารกโดยไม่จำเป็นการติดตามหลังกลับบ้านยังพบข้อจำกัดด้านการประเมินซ้ำและการให้คำปรึกษาต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูงที่ควรได้รับการเยี่ยมบ้านหรือ การติดตามผ่านโทรศัพท์หรือระบบออนไลน์ การทบทวนวรรณกรรมโดย Kim et al.<sup>12</sup> พบว่าเทคโนโลยีออนไลน์ช่วยเพิ่มพฤติกรรมที่ดีและลดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ แต่ยังไม่พบหลักฐานว่าช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้โดยตรง<sup>3</sup> อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยียังคงมีบทบาทสำคัญในการเสริมระบบบริการ โดยเฉพาะด้านการสื่อสารและความต่อเนื่องของการดูแลหลังกลับบ้าน

จากหลักฐานเชิงประจักษ์และสถานการณ์ในพื้นที่สามารถสรุป “4 ช่องว่างสำคัญของระบบบริการสุขภาพ” ดังต่อไปนี้ คือ (1) ช่องว่างด้านความรู้สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ข้อมูลจากหลายประเทศรวมถึงไทยบ่งชี้ว่าหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากยังประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่ได้ถูกต้อง ส่งผลต่อการมารับบริการล่าช้า การให้ความรู้ผ่านโปรแกรมเชิงโครงสร้าง เช่น โปรแกรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของ

Boobpamala et al.<sup>13</sup> พบว่า ช่วยเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสมได้จริง จึงสะท้อนถึงความสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือและคู่มือมาตรฐานที่ใช้ได้ทั้งใน รพ.สต. และชุมชน (2) ช่องว่างด้านการคัดกรองและมาตรฐานวิชาชีพ ดังงานวิจัยของ Cochrane review สะท้อนว่าปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายระบบ ส่งผลให้การคัดกรองอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ<sup>2</sup> โรงพยาบาลระดับอำเภอจึงจำเป็นต้องปรับปรุงแนวทางการคัดกรองให้ครอบคลุมปัจจัยพฤติกรรม-จิตสังคมตามบริบทของพื้นที่ (3) ช่องว่างด้านระบบข้อมูล การที่ข้อมูล ANC-รพ.สต.-ห้องคลอดไม่เชื่อมโยงกันทำให้เสียโอกาสในการวางแผนดูแลกลุ่มเสี่ยง แม้งานวิจัยจำนวนมากจะสนับสนุน Telehealth และระบบออนไลน์ แต่ปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข คือ การป้อนข้อมูลที่ไม่เป็นระบบและไม่สม่ำเสมอ และ (4) ช่องว่างด้านความต่อเนื่องของการดูแลหลังกลับบ้าน หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงจำนวนหนึ่งยังถูกปล่อยให้ดูแลตนเองโดยไม่มี การติดตามอย่างเพียงพอ แม้ผลลัพธ์จากโปรแกรมป้องกันจะชี้ถึงประโยชน์ด้านความรู้และทักษะ แต่ยังคงจำเป็นต้องเสริมด้วยระบบติดตามหลังคลอดที่เป็นสหสาขาวิชาชีพและใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างทุกหน่วยงาน

หลักฐานทั้งในและต่างประเทศชี้ชัดว่าการลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดต้องอาศัยรูปแบบการพยาบาลที่ “บูรณาการทุกระดับบริการ” ประกอบด้วยระบบคัดกรองที่ครอบคลุมและมีมาตรฐาน การให้ความรู้และคำปรึกษาที่สอดคล้องกันทุกหน่วยบริการ ระบบข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงอย่างมีประสิทธิภาพ และระบบติดตามต่อเนื่องผ่านชุมชน โรงพยาบาล และเทคโนโลยีสนับสนุนรูปแบบดังกล่าวไม่เพียงลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด แต่ยังคงยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพแม่และเด็กอย่างยั่งยืนทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

2. รูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สำหรับหญิงมีครรภ์ครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้ การประเมินพฤติกรรม การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ล้วนเป็นองค์ประกอบที่เอื้อต่อการลดความเสี่ยง

ของการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ

ประการแรก การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับอาการเตือนและวิธีการลดความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์ที่ได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิภาพ โดยงานวิจัยแบบย้อนหลังของ Wang et al.<sup>14</sup> พบว่า การจัดการศึกษาเกี่ยวกับวิถีชีวิตและการดูแลสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์แม้จะเป็นโปรแกรมแบบสั้น แต่สามารถลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีความหมาย ทั้งนี้ การเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ตั้งแต่ไตรมาสแรกมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะช่วยสร้างพื้นฐานความเข้าใจและปรับพฤติกรรมเสี่ยงได้เร็วกว่าช่วงตั้งครรภ์ไตรมาสหลัง ดังนั้น การจัดทำคู่มือการป้องกันร่วมกับการบรรยายหรือการให้ความรู้แบบตัวต่อตัวจึงเป็นองค์ประกอบที่ควรบูรณาการในรูปแบบการดูแล

นอกจากการให้ความรู้แล้ว การประเมินความเข้าใจและการวางแผนพฤติกรรมลดความเสี่ยงยังเป็นอีกขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากงานวิจัยเชิงทดลองของ Wheeler et al.<sup>15</sup> แสดงให้เห็นว่า การพัฒนากิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมแบบเจาะจงรายบุคคล ประกอบกับการติดตามพฤติกรรมผ่านข้อความสื่อสารช่วยให้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น ทั้งนี้ แม้ว่าการแทรกแซงดังกล่าวเป็นเพียงการทดลองเชิงนำร่อง แต่ผลลัพธ์กลับบ่งชี้ว่า “การวางแผนพฤติกรรม” เป็นหัวใจหลักที่ช่วยลดอุปสรรคในการดูแลตนเอง และเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงในแต่ละวัน และประการต่อมา การติดตามผลและการทบทวนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบถือเป็นกลไกที่ช่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดย Wheeler et al.<sup>15</sup> รายงานว่า การส่งข้อความเตือนและการติดตามอาการเป็นประจำมีส่วนช่วยให้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน และยิ่งช่วยเพิ่มความรู้สึกว่าพวกเขาได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด แม้ไม่ได้พบผู้ให้บริการสุขภาพแบบตัวต่อตัวบ่อยครั้ง นอกจากนี้ การติดตามผลยังช่วยให้สามารถประเมินอาการผิดปกติได้ทันท่วงที ซึ่งมีส่วนช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดได้ในอีกมิติหนึ่ง

การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในช่วงอายุครรภ์ 36-36<sup>+</sup>6 สัปดาห์ ก็เป็นองค์ประกอบที่สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของ Campbell et al.<sup>16</sup> ซึ่งสรุปว่ารูปแบบการป้องกันที่มีประสิทธิผลมักประกอบด้วย การคัดกรองความเสี่ยงเชิงระบบ การประเมินอาการผิดปกติ การให้คำแนะนำที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยง และการจัดบริการสุขภาพแบบเฉพาะราย ทั้งนี้ การคัดกรองอย่างเป็นระบบช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถให้คำปรึกษาและดำเนินมาตรการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ตรงกับสถานะของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

สุดท้ายการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชนถูกมองว่าเป็นปัจจัยสนับสนุนเชิงสำคัญ งานวิจัยเชิงระบบและการทดลองหลายฉบับชี้ว่าการดูแลสุขภาพแบบชุมชน (Community-based care) ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงข้อมูล การติดตามอาการ และความช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังช่วยลดช่องว่างระหว่างบริการระดับครอบครัวและบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>15-16</sup> โดยเฉพาะในบริบทชนบทหรือพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร

3. ผลการคลอดของหญิงตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมการพัฒนา (n = 22) แสดงให้เห็นลักษณะสำคัญสองประการ คือ ไม่มีอุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนด (0.00%) และการคลอดที่เป็นการผ่าตัดคลอดครบกำหนดมีสัดส่วนสูงถึง 72.73% ข้อมูลเพิ่มเติมระบุว่า ผู้เข้าร่วมทุกคนได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ (100.00%) ซึ่งสะท้อนถึงการได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างสม่ำเสมอและครบถ้วน ในการวิเคราะห์เชิงอธิบาย ผลลัพธ์ทั้งสองประการนี้สมควรถูกพิจารณาทั้งในมิติเชิงปฏิบัติการและเชิงระบบบริการอย่างแรก ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการฝากครรภ์อย่างเพียงพอและการลดความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดได้รับการสนับสนุนจากงานศึกษาระดับประชากร ผลการศึกษาของ Pervin et al.<sup>17</sup> พบว่าการเข้ารับการฝากครรภ์ในจำนวนครั้งที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ผู้หญิงที่ได้รับการฝากครรภ์

น้อยกว่ามีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ<sup>17</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการสังเกตในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ที่ไม่มีกรณีคลอดก่อนกำหนดเลยหลังจากที่ทุกคนได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ จึงเป็นไปได้ว่าการได้รับการดูแลก่อนคลอดที่สม่ำเสมอ ซึ่งรวมถึงการคัดกรองความเสี่ยง การให้คำแนะนำเชิงพฤติกรรม และการติดตามอาการ มีบทบาทในการป้องกันการเกิดคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มผู้เข้าร่วมอย่างใดก็ตาม ในอีกด้านหนึ่ง อัตราส่วนของการผ่าตัดคลอดครบกำหนดที่สูงถึง 72.73% จำเป็นต้องพิจารณาในบริบทของปัจจัยเชิงระบบและคลินิก

งานวิจัยของ Piva et al.<sup>18</sup> ซึ่งวิเคราะห์อัตรา การผ่าตัดคลอดตามการจัดระดับการเข้าถึงการฝากครรภ์ (Adequacy of prenatal care) ชี้ให้เห็นว่าความเพียงพอของการฝากครรภ์เพียงอย่างเดียวไม่สามารถอธิบายอัตรา การผ่าตัดคลอดได้ทั้งหมด โดยผลการศึกษาพบว่าอัตราการ ผ่าตัดคลอดแตกต่างกันตามบริบทและกลุ่มโรบสัน (Robson groups) และไม่มีความสัมพันธ์เชิงสถิติ อย่างชัดเจนระหว่างระดับการเข้าถึงการฝากครรภ์กับ อัตราผ่าตัดคลอดในหลายกลุ่ม นัยสำคัญจากงานวิจัยนี้ คือ แม้ว่าการฝากครรภ์เชิงคุณภาพจะช่วยลดความเสี่ยง ต่อผลลัพธ์บางประการ เช่น การคลอดก่อนกำหนด แต่การเพิ่มหรือลดอัตราการผ่าตัดคลอดขึ้นกับปัจจัย ทั้งเชิงคลินิก (เช่น ประวัติการผ่าตัดคลอดก่อนหน้า สถานะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์) และปัจจัยไม่ใช่คลินิก (เช่น นโยบายสถานพยาบาล แนวปฏิบัติของแพทย์ ความคาดหวังของผู้ฝากครรภ์)<sup>18</sup> ดังนั้น การสังเกตอัตรา ผ่าตัดคลอดสูงในกลุ่มศึกษา (72.73%) อาจสะท้อนถึง ความจำเป็นทางการแพทย์ของแต่ละราย นโยบายหรือ สภาพแวดล้อมของหน่วยบริการ หรือลักษณะทาง ประชากรศาสตร์ของผู้รับบริการ มากกว่าจะเป็นผลโดยตรง จากการมี ANC ครบตามเกณฑ์เพียงอย่างเดียว

**การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นสำคัญ** คือ การใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกัน ทำให้รูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่จริง และได้รับการมีส่วนร่วมจากบุคลากรทุกระดับ นอกจากนี้

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และมีค่าความเชื่อมั่นสูง ส่งผลให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือ อีกทั้งกระบวนการพัฒนารูปแบบครอบคลุม ทั้งการให้ความรู้ การคัดกรอง การวางแผนพฤติกรรม และการติดตามต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลมีความชัดเจนและต่อเนื่องมากขึ้น อย่างไรก็ตามการวิจัยมีข้อจำกัด ได้แก่ ค่าเงินการเฉพาะพื้นที่หนึ่ง ทำให้การอ้างอิงเชิงประชากรยังจำกัด กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และแม้รูปแบบจะครอบคลุมหลายปัจจัย แต่ยังไม่รวมปัจจัยเชิงบริบทบางด้าน เช่น ความเครียดและภาระงาน นอกจากนี้ระบบข้อมูล ANC-รพ.สต.-ห้องคลอดยังไม่เชื่อมโยงอย่างสมบูรณ์ ทำให้การติดตามผลระยะยาวยังมีข้อจำกัด

**ผลการวิจัยครั้งนี้มีนัยยะต่อการปฏิบัติทางการพยาบาล** ในโรงพยาบาลชุมชนอย่างชัดเจน โดยรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นช่วยให้กระบวนการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีความเป็นระบบมากขึ้น ทั้งในด้านการให้ความรู้ การประเมินพฤติกรรม และการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงช่วงใกล้คลอด นอกจากนี้ บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้จัดการรายกรณีได้รับการย้ำชัดว่ามีความสำคัญต่อการติดตามหญิงตั้งครรภ์และการค้นหาภาวะเสี่ยงได้ทันท่วงที ระบบติดตามหลายช่องทางร่วมกับอสม. ทำให้การเฝ้าระวังในชุมชนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งผลลัพธ์ที่ไม่พบการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มตัวอย่างสะท้อนถึงศักยภาพของรูปแบบในการยกระดับคุณภาพ ANC อย่างเป็นรูปธรรม ผลการศึกษา ยังชี้แนะแนวทางให้โรงพยาบาลชุมชนพัฒนาระบบข้อมูลร่วมและมาตรฐานการคัดกรองที่สอดคล้องกันในเครือข่ายบริการ ซึ่งช่วยเสริมสร้างการจัดบริการฝากครรภ์ที่ปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในระดับพื้นที่

### ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้** จากผลการดำเนินงานพบว่า รูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ การประเมินความเข้าใจ การวางแผนพฤติกรรม การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงช่วงใกล้คลอด และการติดตามโดย อสม. สามารถยกระดับคุณภาพการดูแล

หญิงตั้งครรภ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในด้านความต่อเนื่องของบริการและความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้น ข้อเสนอแนะที่ควรนำไปใช้ ได้แก่ ประการแรก ควรนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้เป็นมาตรฐานในระบบบริการฝากครรภ์ของทั้งโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้กระบวนการคัดกรอง การติดตามอาการ และการให้คำปรึกษามีความเป็นระบบ ประการที่สอง ควรพัฒนาระบบข้อมูลร่วม ที่เชื่อมโยงระหว่าง ANC-รพ.สต.-ห้องคลอด เพื่อให้การติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ลดการขาดข้อมูล และเพิ่มประสิทธิภาพในการวางแผนรายกรณี ประการที่สาม ควรเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้สามารถคัดกรองอาการผิดปกติ และติดตามอาการรายวันได้ เนื่องจากเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมต่อบริการกับครอบครัวในชุมชน ควรรวมคู่มือมาตรฐานการให้ความรู้เรื่องสัญญาณอันตรายของการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้ใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาลและรพ.สต. ซึ่งทำให้มั่นใจได้ว่าข้อมูลที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับมีความสอดคล้องและเป็นระบบเดียวกันและสุดท้าย ควรพัฒนาช่องทางการติดตามที่หลากหลายรูปแบบ เช่น การใช้โทรศัพท์ไลน์ หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อป้องกันการหลุดติดตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และกลุ่มที่เข้าถึงบริการได้น้อย

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป** จากข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ พบประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาต่อยอด ดังนี้ คือ สำหรับงานวิจัยการคลอดก่อนกำหนดในอนาคต ควรขยายขอบเขตการศึกษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น และหลายพื้นที่ เพื่อเพิ่มพลังทางสถิติและการประยุกต์ใช้ผลในระดับประเทศหรือจังหวัด พร้อมทั้งควรรวมปัจจัยเชิงบริบทที่หลากหลาย เช่น ความเครียด ภาระงานหนัก การสนับสนุนจากครอบครัว และการติดเชื้อระบบสืบพันธุ์ เข้ามาประเมินอย่างเป็นระบบด้วย นักวิจัยควรพัฒนาการวิจัยในรูปแบบ Cohort study หรือ Case-control study เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่แท้จริงของการคลอดก่อนกำหนดในบริบทท้องถิ่นอย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ ควรมีการติดตามผลระยะยาวของมารดาและทารกหลังคลอด รวมถึง

ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลในเชิงระบบ และควรรศึกษานวัตกรรมการใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบออนไลน์หรือ Telehealth ควบคู่กับการดูแลในชุมชน เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานการคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth Dashboard) ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงจาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/bpreterm/index?year=2024>
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติป้องกันและลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2566.
3. โรงพยาบาลจุฬารัตนพิกุล. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ พ.ศ.2566. กลุ่มงานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬารัตนพิกุล. ร้อยเอ็ด; 2566.
4. Zhang X, Zhou M, Chen L, Hao B, Zhao G. Risk factors for preterm birth: a case-control study in rural area of western China. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(3):4527-32.
5. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical practice guideline: Management of preterm labour. Bangkok: RTCOG; 2023.
6. ฐิตินันท์ สมุทรชัยกิจ, สุนทรี คงสวัสดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการป้องกันการคลอดทารกก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดทารกก่อนกำหนดหรือปากมดลูกไม่แข็งแรง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2565;37(6):1-9.
7. Thewintharapakti L. Development of a Model for Prevention and Surveillance of Premature Birth by Participation of the District Health Service Network, Nuea Khlong District, Krabi Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*. 2024;39(2):71-82.
8. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. ปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมในการคัดกรองการคลอดก่อนกำหนด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2560;26(1):S64-S69.
9. ประคอง กรมสุตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
10. Wastnedge E, Waters D, Murray S R, McGowan B, Chipeta E, Nyondo-Mipando A L, et al. Interventions to reduce preterm birth and stillbirth, and improve outcomes for babies born preterm in low- and middle-income countries: A systematic review. *J Glob Health*. 2021;11:04050.
11. McLoughlin G, Campbell F, Sworn K. Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: An overview of Cochrane systematic reviews. *Nurs Health Sci*. 2020;22(2):151-9.
12. Kim S-H, Park J H, Jung S-Y, De Gagne J C. Internet-based interventions for preventing premature birth among pregnant women: A systematic review. *JMIR Pediatr Parent*. 2024;7:e54788.
13. Boobpamala S, Jindapaisan S, Wanniyom N, Thetsahwatwong R. Effectiveness of the preterm labor prevention program for high-risk pregnant women: A randomized controlled trial. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2023;28(1):71-87.
14. Wang N, Lu J, Zhao Y, Wei Y, Gamble J, Creedy D K. The Use of a Brief Antenatal Lifestyle Education Intervention to Reduce Preterm Birth: A Retrospective Cohort Study. *Nutrients*. 2022;14(14):2799.

15. Wheeler S M, Massengale K E C, Fitzgerald T A, Truong T, Østbye T, Corneli A, Swamy G K. IMPaCT: A Pilot Randomized Trial of an Intervention to Reduce Preterm Birth Among Non-Hispanic Black Patients at High Risk. *Health Equity*. 2022;6(1):922-32.
16. Campbell F, Salam S, Sutton A, Jayasooriya S M, Mitchell C, Amabebe E, et al. Interventions for the prevention of spontaneous preterm birth: a scoping review of systematic reviews. *BMJ Open*. 2022;12(5):e052576.
17. Pervin J, Venkateswaran M, Nu U T, Rahman M, O'Donnell B F, Friberg I K, et al. Association between antenatal care visit and preterm birth: a cohort study in rural Bangladesh. *BMJ Open*. 2020;10(7):e036699.
18. Pervin J, Venkateswaran M, Nu UT, Rahman M, O'Donnell B F, Friberg I K, Rahman A, Frøen J F. Determinants of utilization of antenatal and delivery care at the community level in rural Bangladesh. *PLoS One*. 2021;16(9):e0257782.