ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงในโรงพยาบาลอาจสามารถ

The Effects of a Motivation Enhancing Program on Preterm Birth Prevention Behavior and Preterm Birth Rates for Pregnant Women at Risk in At Samat Hospital

ทักษภร โปร่งสูงเนิน*

Thaksaphon Prongsoongnern

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

(Received: February 11, 2026; Revised: February 16, 2026; Accepted: March 16, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์ อัตราการคลอดก่อนกำหนด และประเมินคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของสตรีกลุ่มเสี่ยงหลังการได้รับโปรแกรมฯ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (One group pre-test post- test design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลอาจสามารถที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เครื่องมือติดตามการหดรัดตัวของมดลูกและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.42-0.73 และความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.871 วิคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidences interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมเพิ่มขึ้น ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.35 ± 0.28 คะแนน ในระยะก่อนทดลอง เป็น 2.79 ± 0.25 คะแนน ในระยะหลังทดลอง ค่าความต่างเฉลี่ยเท่ากับ 0.44 คะแนน (95%CI ; 0.35, 0.53) อัตราการคลอดก่อนกำหนด ของกลุ่มตัวอย่าง 5.0% และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (4.40 ±0.35)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่านวัตกรรมทางสุขภาพที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง

คำสำคัญ : การเสริมสร้างแรงจูงใจ; พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด; อัตราการคลอดก่อนกำหนด; สตรีตั้งครรภ์เสี่ยง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

Abtract

Purposes : To compare the mean scores of preterm labor prevention behaviors and pretermbirth rates, and to evaluate the mean satisfaction scores of at-risk pregnant women afterparticipating in the developed program.

Study design : A quasi-experimental research using a one-group pre-test/post-test design.

Materials and Methods : The sample consisted of 20 at-risk pregnant women receiving prenatal care at the Antenatal Care (ANC) clinic of At Samat Hospital, selected based on specific inclusion criteria. Data were collected using a preterm labor risk assessment form, a uterine contraction monitor, and a preterm labor prevention behavior questionnaire. The questionnaire demonstrated item discrimination power ranging from 0.42 to 0.73, with an overall Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.871. Data analysis was performed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test, with statistical sigice set at a 95% confidence interval (95%CI).

Main findings : Following the intervention, the subjects' overall mean score for prevention behaviors significantly increased ($p < .001$), rising from 2.35 + 0.28 in the pre-test period to 2.79±0.25 in the post-test period. The mean difference was 0.44 (95%CI: 0.35,0.53). The preterm birth rate among the sample was 5.0%. Furthermore, overall satisfaction with the motivational enhancement program was at a high level (4.40± 0.35).

Conclusion and Recommendations : The findings indicate that the developed health innovation effectively improved preterm labor prevention behaviors among the participants, subsequently contributing to a reduction in preterm birth rates.

Keywords : Motivational enhancement; Preterm labor prevention behaviors; Preterm birth rate; At-risk pregnant women

*Registered Nurse, Senior Professional Level, At Samat Hospital.

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นการเจ็บครรภ์คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน และเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนรุนแรง[1] การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของการดูแลมารดาและทารก ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 11.6[2] ทารกที่คลอดก่อนกำหนดเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตและการทุพพลภาพในระยะยาวความเสี่ยงเหล่านี้สูงขึ้นสัมพันธ์ผกผันกับอายุครรภ์ที่คลอด การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายที่สูง ใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ต้องมีกุมารแพทย์ทารกแรกเกิดที่เชี่ยวชาญและส่วนใหญ่ทำในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป ในทำนองเดียวกันจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจากปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ถึง พ.ศ.2565 อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortalty Rate) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 4.40 เพิ่มเป็น 4.80 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน สาเหตุหลักร้อยละ 40.00 มาจากการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น หากจะลดอัตราตายทารกแรกเกิดให้เห็นผล จึงต้องลดการคลอดก่อนกำหนด ได้มีความพยายามดำเนินการเพื่อลดทารกคลอดก่อนกำหนดมาเป็นเวลายาวนาน[3] แต่ยังไม่มีแนวโน้มลดลง การคลอดก่อนกำหนดมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน การแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวอาจไม่ครอบคลุมปัจจัยสาเหตุได้ทั้งหมด จึงต้องดำเนินการในมิติอื่นๆ ด้วย ทั้งด้านเฉพาะตัวบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อมเศรษฐกิจ และควรมีกลไกการกำหนดนโยบายและการบูรณาการความร่วมมือจากภาครัฐ เอกชนและภาคประชาสังคม[4]

เช่นเดียวกับสถานการณ์ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลอาจสามารถ ตั้งแต่ พ.ศ.2563-2567 พบว่า จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด (แม่ และลูก) จำนวน 238, 239, 160 และ 122 ราย ตามลำดับ หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด จำนวน 145, 154, 98, 92, 86 ราย จำนวนมารดาที่คลอดทั้งหมด จำนวน 89, 82, 57,47, 33 ราย จำแนกเป็นมารดาที่คลอด BBA จำนวน 2, 0, 2, 0, 2 ราย มารดาคลอดปกติ จำนวน 87, 80, 57, 46, 33 ราย ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มที่ส่งต่อ 5 อันดับแรก ตั้งต่อปี พ.ศ.2563-2567 คือ พ.ศ.2563 ได้แก่ Preterm labor, Preeclampsia, CPD, Postterm และ Fetal distress พ.ศ.2564 ได้แก่ CPD, Preeclampsia, Preterm labor, PROM, Fetal distress ปี พ.ศ.2565 ได้แก่ CPD, Preterm labor, Preeclampsia, PROM, Refer for TR พ.ศ.2566 ได้แก่ Preterm labor, CPD, PROM, Preeclampsia, Oligohydramnios และปี พ.ศ.2567 ได้แก่ CPD, PROM, Preterm labor , Oligohydramnios, Refer for TR, IUGR ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า Preterm labor มีสถิติการส่งต่อ 5 อันดับแรกทุกปี[5] เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่าช่องว่างของการวิจัย (Research gap) ส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น อายุของมารดา (ต่ำกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี) มารดามีประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้ยาเสพติด การขาดการดูแลก่อนคลอดที่เหมาะสม น้ำหนักของมารดาที่น้อยหรือมากเกินไปก่อนตั้งครรภ์หรือการไม่เพิ่มน้ำหนักอย่างเหมาะสมระหว่างตั้งครรภ์ การทำงานที่ต้องยืนเป็นเวลานานหรือมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน และความเครียดสูงหรือภาวะวิตกกังวล[5-6] นอกจากนั้นยังพบว่า มีปัญหาจากการให้บริการในส่วนต่าง ๆ ตั้งแต่การฝากครรภ์จนกระทั่งคลอดบุตรอย่างเป็นระบบ ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดในคลินิกฝากครรภ์ การคัดกรองความเสี่ยงและให้การป้องกันตั้งแต่ฝากครรภ์ และให้การดูแลเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor) ยังคงเป็นความท้าทายสำคัญทางการสูตินรีเวชทั่วโลก รวมถึงในบริบทของโรงพยาบาลอาจสามารถ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ.2567 พบประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับพลวัตของผู้รับบริการและประสิทธิภาพของระบบการดูแลรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง จากการสำรวจสถิติในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แม้จำนวนผู้มารับบริการรวมจะมีความผันผวนตามปัจจัยแวดล้อม แต่สิ่งที่ปรากฏชัดเจน

คือ “ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” ได้กลายเป็นสาเหตุหลัก 5 อันดับแรกของการส่งต่อผู้ป่วย (Referral) ไปยังสถานพยาบาลระดับที่สูงกว่าอย่างต่อเนื่องทุกปี สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาการคลอดก่อนกำหนดไม่ได้เป็นเพียงอุบัติการณ์ทางธรรมชาติ แต่มีนัยสัมพันธ์กับระบบการเฝ้าระวังและการคัดกรองความเสี่ยงในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่จำเป็นต้องได้รับการทบทวน

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของสถิติการคลอดแล้วพบว่าข้อมูลที่น่ากังวลเกี่ยวกับอัตราการคลอดนอกสถานพยาบาล (Born Before Arrival: BBA) ที่ยังคงปรากฏให้เห็นในสถิติรายปี ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นถึง “ช่องว่าง” (Gap) ในการตระหนักรู้ของมารดาเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของการเจ็บครรภ์ และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ทันท่วงที ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงตามแนวทางของสถาบันสุขภาพเด็กและการพัฒนาการมนุษย์แห่งชาติ (NICHD) จะพบว่าปัญหาดังกล่าวมีรากเหง้ามาจากปัจจัยพหุระดับ เช่น ปัจจัยด้านประชากรและพฤติกรรมสุขภาพ ถือเป็นต้นทางของความเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นความสุดโต่งของช่วงอายุในการตั้งครรภ์ (ต่ำกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ หรือแม้แต่ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ภาระงานที่ต้องยืนเป็นเวลานานและความเครียดสะสมในมารดาก็เป็นตัวเร่งปฏิกิริยาทางสรีรวิทยาที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้ง่ายขึ้น

อย่างไรก็ตามช่องว่างทางการวิจัยและการปฏิบัติ (Research & Clinical Gap) ที่สำคัญที่สุดที่โรงพยาบาลอาจสามารถและเครือข่ายบริการสุขภาพต้องมุ่งเน้น คือ การพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อตั้งแต่การฝากครรภ์ (ANC) จนถึงการคลอด ข้อมูลชี้ชัดว่าความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในคลินิกฝากครรภ์ยังไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเพิ่มทักษะการสังเกตอาการตนเองของมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอ รวมถึงกระบวนการคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นที่ต้องมีความเข้มข้นและต่อเนื่องเพื่อให้สามารถตรวจพบสัญญาณความเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม โดยสรุป สถานการณ์ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลอาจสามารถในช่วงปี พ.ศ.2563–2567 คือเสียงสะท้อนที่นำไปสู่ความจำเป็นในการออกแบบ “โมเดลการดูแลเชิงรุก” ที่ไม่ได้เน้นเพียงการรักษาเมื่อเกิดอาการ (Reactive Care) แต่ต้องมุ่งเน้นไปที่การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้แก่มารดา ควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะทางคลินิกในการประเมินความเสี่ยง เพื่อลดอัตราการส่งต่อ ลดความสูญเสีย และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ทั้งมารดาและทารกในชุมชนอย่างยั่งยืน

การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแบ่งได้ 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนระดับทุติยภูมิคือ จะมุ่งเน้นที่ลดความเสี่ยงในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และระดับตติยภูมิคือ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการคลอดก่อนกำหนด ในระยะนี้พยาบาลควรให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นระยะการพยาบาลที่สำคัญที่จะทำให้สามารถยืดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ให้ครบกำหนดได้และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดได้ ทั้งนี้การป้องกันการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดด้วยวิธีการต่างๆ อย่างแพร่หลาย แต่ยังมีความไม่สอดคล้องกันในรายงานการศึกษา และยังไม่พบวิธีใดที่เห็นผลได้ชัดเจนจากการจัดกระทำเพียงวิธีเดียว ซึ่งหลักการที่สำคัญที่สุดของการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงและมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้ได้โดยเร็ว เพื่อให้ผู้ที่มีกระบวนการเจ็บครรภ์คลอดเกิดขึ้นได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ หรือช่วยยืดเวลาให้ยาสเตียรอยด์ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของปอดทารกอย่างเต็มที่ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นแก่ทารกในกรณีที่ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้[7]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น

สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบกับการดูแลที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมมิติการดูแลต่อเนื่องในหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลอาจสามารถ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงในโรงพยาบาลอาจสามารถขึ้น ซึ่งคาดว่าผลการศึกษาจะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าว ให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ สามารถส่งต่อแก่สูติแพทย์เพื่อได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดและลดผลกระทบรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะคลอดก่อนกำหนดต่อไปจะทำให้สตรีตั้งครรภ์และทารกมีความปลอดภัย ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ ช่วยลดอัตราคลอดก่อนกำหนดและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์ อัตราการคลอดก่อนกำหนด และประเมินคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของสตรีกลุ่มเสี่ยงหลังการได้รับโปรแกรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-test post test design) ดำเนินการศึกษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

ประชากร เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลอาจสามารถ ซึ่งผลการทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ 2568 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2568

กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลอาจสามารถ ซึ่งผลการทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[7] พบว่า มีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 15 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามหรือการถอนตัว (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มอีกร้อยละ 30 รวมทั้งสิ้น จำนวน 20 คน

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ 1) สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างน้อย 1 ข้อ จากการใช้แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) รับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลอาจสามารถ 3) สามารถเขียนและอ่านภาษาไทยได้ 4) มีโทรศัพท์มือถือสามารถใช้ Line application และ 5) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงขณะตั้งครรภ์ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสูติแพทย์ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร^2 2) ประสงค์ย้ายการฝากครรภ์ไปยังสถานบริการอื่น และ 3) ต้องการยุติการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2) โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ซึ่งจัดกิจกรรมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์[8] ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

(1) แผนการสอน เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่

การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งในโปรแกรมประกอบด้วยวิดีทัศน์ที่ส่งเสริมการรับรู้ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดกอนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประสบการณ์ครอบครัวที่ต้องเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

(2) คู่มือเรื่อง “9 ข้อ ข้องใจที่คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงและวิธีการลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความสำคัญของการค้นพบอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เร็ว การสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกตนเองรวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ และการรักษาผู้ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[9]

(3) เครื่องมือติดตามการหดรัดตัวของมดลูก โดยเครื่องมือบันทึกการหดรัดตัวของมดลูกที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกและการหดรัดตัวของมดลูกซึ่งมีหัวตรวจชนิดภายนอก (External tocody-namometer) ใช้ติดตามประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 2 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ฉบับ คือ

1) แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ **ตอนที่ 1** ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ และสิทธิในการรักษา ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ จำนวน 5 ข้อ **ตอนที่ 2** แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของอัสมะ จารู และคณะ[10] จำนวน 30 ข้อ แบ่งพฤติกรรมเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 11 ข้อ เป็นข้อบวก 7 ข้อ และข้อลบ 4 ข้อ

2) ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อบวก 4 ข้อ และข้อลบ 2 ข้อ

3) ด้านการฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด จำนวน 2 ข้อ เป็นข้อบวก 2 ข้อ

4) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อบวก 3 ข้อ

5) ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อบวก 1 ข้อ และข้อลบ 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อบวกให้คะแนนเป็น 3, 2 และ 1 ส่วนข้อลบ ให้คะแนนเป็น 1, 2 และ 3 ตามลำดับ

2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของสตรีกลุ่มเสี่ยง เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval scale) 3 ระดับ คือ พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง และพึงพอใจน้อย

3) แบบบันทึกการติดตาม ประกอบด้วย ลำดับที่ รหัสประจำตัว อายุ LMP EDC วันที่คลอดอายุครรภ์เมื่อคลอด และผู้วิจัยมีการสอบถามข้อมูลการคลอดทางแอปพลิเคชันไลน์ เมื่อถึงกำหนดวันคลอด

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาตั้งแต่ 0.67-1.00 ผู้วิจัยได้เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ของอัสมะ จารู และคณะ[10] ที่ได้การศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้พบว่า ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.42-0.73 และความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.871

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยได้ออกแบบการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งตามประเภทของตัวแปรและวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1) การเตรียมข้อมูลและตรวจสอบเบื้องต้น ก่อนการวิเคราะห์หลัก ต้องตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูล (Normality test) โดยเฉพาะคะแนนพฤติกรรม Shapiro-Wilk Test: หาก p=0.249 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ สามารถใช้สถิติพารามิเตอร์ (Paired t-test) ได้ และการจัดการข้อมูลสูญหาย (Missing Data) เนื่องจากมีการสำรองกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม 30% (รวม 20 คน) หากมีคนถอนตัว (Drop out) ต้องระบุวิธีการจัดการ เช่น Per-protocol analysis

2) แผนการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร (Baseline Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปจากแบบสอบถามตอนที่ 1 (อายุ, การศึกษา, จำนวนครรภ์, สิทธิการรักษา) สถิติที่ใช้: ความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม (ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน 5 ด้าน (การดำเนินชีวิต, การป้องกันการติดเชื้อ, การฝากครรภ์, การจัดการความเครียด, ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ) สถิติที่ใช้: Paired t-test (หากข้อมูลกระจายปกติ) หรือ Wilcoxon Signed-Ranks Test (หากข้อมูลไม่กระจายปกติ) และเกณฑ์การแปลผล : นำคะแนนดิบมาตัดเกณฑ์ร้อยละเพื่อจำแนกระดับพฤติกรรม (ดี, ปานกลาง, น้อย) ตามเกณฑ์ที่ระบุในงานวิจัย ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์อัตราการคลอดก่อนกำหนดวิเคราะห์ผลลัพธ์สุดท้ายจากการติดตามข้อมูลการคลอด (แบบบันทึกการติดตาม) สถิติที่ใช้ร้อยละ (Percentage) ของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองที่คลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์) การเปรียบเทียบเชิงพรรณนา: เปรียบเทียบกับสถิติเดิมของโรงพยาบาลหรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ (เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นแบบกลุ่มเดียว One group pre-test post test) และส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมวิเคราะห์จากแบบประเมินความพึงพอใจ 5 ระดับ (Likert scale) สถิติที่ใช้: ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) และเกณฑ์การแปลผล: แปลผลตามช่วงคะแนนเฉลี่ย (พึงพอใจมาก, ปานกลาง, น้อย)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ COE 1792567 รับรองเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567 และต่อจากนั้นผู้วิจัยได้จัดทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ เพื่อขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1) การพิทักษ์สิทธิ์พยาบาล ภายหลังจากได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยจะนำหนังสือเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อนัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบของการวิจัย รวมถึงแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการสมัครใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และในระหว่างการวิจัยหากพยาบาลผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ จะเก็บข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม และให้พยาบาลผู้เข้าร่วมเซ็นต์ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล

2) การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย ภายหลังจากได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้

เกิดความไว้วางใจ แนะนำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการสมัครใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การเลือกเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยมีสิทธิ์ตัดสินใจด้วยตนเองหรือปรึกษากับญาติพี่น้องได้ เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะออกจากโครงการนี้ได้

ผลการวิจัย

1. จากการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงจำนวน 20 ราย พบภาพสะท้อนที่ชัดเจนของภาวะ “ความเสี่ยงซ้อนทับ” (Cumulative Risk) ที่ส่งผลโดยตรงต่ออุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ตอนต้น (อายุเฉลี่ย 26.40 ±2.72 ปี) ซึ่งแม้จะเป็นช่วงวัยที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ในทางชีวภาพ แต่เมื่อพิจารณามิติทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีความเปราะบางทางการเงิน โดยมีรายได้เฉลี่ยเพียง 12,500 บาทต่อเดือน และ 100.0% ระบุว่ารายได้ดังกล่าว “พอเพียงแค่การใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ” ภาวะบีบคั้นทางการเงินนี้เชื่อมโยงโดยตรงกับความจำเป็นในการทำงาน ซึ่งพบว่ามารดากลุ่มนี้ต้องทำงานหนักต่อเนื่องเฉลี่ยถึง 8.5 ชั่วโมงต่อวัน และที่น่ากังวลอย่างยิ่ง คือ 100% ยังคงประกอบอาชีพเดิมและมีกิจวัตรประจำวันไม่ต่างจากช่วงก่อนตั้งครรภ์ สะท้อนถึงการขาดโอกาสในการปรับเปลี่ยนสภาวะการทำงานให้เหมาะสมกับสรีระวิทยาของสตรีมีครรภ์ในมิติของโครงสร้างครอบครัว พบการอยู่อาศัยในลักษณะครอบครัวขยายสูงถึงร้อยละ 75 โดยมารดาต้องรับภาระดูแลบุคคลในบ้าน (บุตรหรือหลาน) เฉลี่ยถึง 2.45 คน แรงกดดันทั้งจากภาระงานนอกบ้านและภาระการดูแลภายในครอบครัวนี้เองที่เป็นปัจจัยกระตุ้น (Stressor) สำคัญต่อสภาวะสุขภาพจิตและกายของมารดาเมื่อเจาะลึกถึงข้อมูลทางสูติกรรมซึ่งเป็นปัจจัยพยากรณ์โรคที่สำคัญ พบจุดวิกฤตที่วารสารระดับสากลให้ความสำคัญ คือ “ช่องว่างของการเข้าถึงบริการฝากครรภ์” โดยพบว่ามีมารดาเพียง 20.0% เท่านั้นที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน สอดคล้องกับพฤติกรรมการมาคลอดแบบ BBA หรือการคลอดก่อนถึงสถานพยาบาลที่ปรากฏในสถิติรวมของพื้นที่ ยิ่งไปกว่านั้นแม้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.0 จะมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน และ 45.0% เคยผ่านการผ่าตัดคลอด (Previous Cesarean Section) ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงระดับสูงต่อการเกิดซ้ำ (Recurrence) แต่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดกลับรับรู้ว่าสภาวะการตั้งครรภ์ปัจจุบันของตน “ปกติ”ความย้อนแย้งระหว่าง “ความเสี่ยงทางคลินิกที่แท้จริง” กับ “ความรับรู้ของมารดา” นี้ คือช่องว่าง (Gap) สำคัญที่อธิบายว่าเหตุใด Preterm Labor จึงยังคงเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการส่งต่อในโรงพยาบาลอาจสามารถอย่างต่อเนื่องตลอด 5 ปีที่ผ่านมา และ หลังทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth) คิดเป็น 5.0% ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะทางประชากรกลุ่มเสี่ยง (n=20)

ลักษณะทางประชากรกลุ่มเสี่ยง		จำนวน(%)
อายุ (ปี)	Mean ± SD.	26.40±2.72
ระดับการศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	3(15.0)
	มัธยมศึกษา	12(60.0)
	อาชีวศึกษา (ปวช./ปวส.)	4(20.0)
	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	1(5.0)
อาชีพปัจจุบัน	ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	5(25.0)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรกลุ่มเสี่ยง		จำนวน(%)
	รับจ้างทั่วไป	9(45.0)
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4(20.0)
	อื่นๆ (โปรดระบุ)	2(10.0)
ระยะเวลาการทำงานต่อวัน (ชม.)	Mean ± SD.	8.50±1.8
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
ต่อเดือน (บาท)	Mean ± SD.	12,500±3,200
ความเพียงพอของรายได้	พอใช้จ่ายในครอบครัว (ไม่เหลือเก็บ)	20(100.0)
ลักษณะการอยู่อาศัย/ครอบครัว	อยู่กับสามี	5(25.0)
	อยู่กับสามีและสมาชิกครอบครัวของสามี	15(75.0)
ภาระความรับผิดชอบจำนวนบุตร/		
หลานที่ต้องดูแล	Mean ± SD.	2.45 ± 0.60
ข้อมูลการทำงานและกิจกรรมขณะตั้งครรภ์		
กิจวัตรประจำวันเมื่อเทียบกับก่อนตั้งครรภ์	เหมือนเดิม	20(100.0)
การทำงานเมื่อเทียบกับก่อนตั้งครรภ์	ทำงานเดิม/ลักษณะงานเหมือนเดิม	20(100.0)
ข้อมูลการตั้งครรภ์และประวัติสุขภาพ		
ลำดับการตั้งครรภ์	ครรภ์ที่ 2	15(75.0)
	ครรภ์ที่ 3	2(10.0)
	ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป	3(15.0)
ประวัติการฝากครรภ์	ครบตามเกณฑ์	4(20.0)
	ไม่ครบตามเกณฑ์	16(80.0)
ความผิดปกติของครรภ์ก่อนหน้า	ไม่มี	2(10.0)
	เคยแท้ง	2(10.0)
	เคยผ่าคลอด	9(45.0)
	เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด	7(35.0)
ประวัติสุขภาพขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
	ไม่มีภาวะผิดปกติข้างต้น	20(100.0)
อัตราการคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth)		1(5.0)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 ราย ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมเพิ่มขึ้น ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.35 ± 0.28 ในระยะก่อนทดลอง เป็น 2.79 ± 0.25 ในระยะหลังทดลอง (ค่าความต่างเฉลี่ยเท่ากับ 0.44,95%CI [0.35,0.53]) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีการพัฒนาขึ้นในทุกมิติ ($p < .05$) โดยมีประเด็นที่น่าสนใจ คือ ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย: เป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงที่สุด โดยมีค่าความต่างเฉลี่ยอยู่ที่ 0.56 คะแนน (95%CI [0.34,0.78], $p < .001$) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลอย่างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขอนามัยเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีการพัฒนาขึ้นในระดับที่ใกล้เคียงกัน โดยมีค่าความต่างเฉลี่ยเท่ากับ 0.46 และ 0.42 คะแนน ตามลำดับ ($p < .001$) ซึ่งแสดงถึงความตระหนักและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสมกับการตั้งครรภ์ด้านการมาตรวจตามนัด คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.55± 0.31 เป็น 2.95 ± 0.22 คะแนน (Mean = 0.40, $p < .001$) ถือเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองสูงที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ ด้านการจัดการความเครียด แม้จะเป็นด้านที่มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น (MD = 0.22 คะแนน) แต่ยังคงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .012$, 95%CI [0.05,0.39) และสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.40, SD.= 0.35) โดยสรุปผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ได้ครอบคลุมทุกด้าน โดยเฉพาะในส่วนของการป้องกันการติดเชื้อและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง

ตัวแปร	n	Mean±SD.	Mean differences	95%CI	p
ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.26±0.35	0.46	0.28, 0.64	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.72±0.41			
ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.33±0.42	0.56	0.34, 0.78	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.89±0.38			
ด้านการมาตรวจตามนัด					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.55±0.31	0.40	0.22, 0.58	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.95±0.22			
ด้านการจัดการความเครียด					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.25±0.44	0.22	0.05, 0.39	0.12
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.47±0.39			

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	n	Mean±SD.	Mean differences	95%CI	p
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.46±0.38	0.42	0.24, 0.60	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.88±0.32			
โดยรวม					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.35±0.28	0.44	0.35, 0.53	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.79±0.25			

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมแรงจูงใจเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง (n=20)

รายการประเมินความพึงพอใจ	Mean±SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.55±0.41	มากที่สุด
2. ด้านการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ	4.48±0.38	มาก
3. ด้านรูปแบบของโปรแกรมฯ	4.32±0.45	มาก
4. ด้านสื่อที่ใช้ในโปรแกรม	4.25±0.52	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	**4.40±0.35**	**มาก**

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้ (1) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากระดับก่อนทดลอง (2.35 ±0.28) เป็นระดับหลังทดลอง (2.79 ± 0.25) โดยมีส่วนต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.44 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุดถึง 0.56 คะแนน ($p < .001$) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองสูงที่สุดคือด้านการมาตรวจตามนัดซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 2.95± 0.22 คะแนน ($p < .001$) ด้านอื่น ๆ คือ ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการจัดการความเครียดต่างก็มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน (2) อัตราการคลอดก่อนกำหนด ของกลุ่มตัวอย่าง 35.0% มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดมาก่อน และ 80.0% มีประวัติฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาก โดยโปรแกรมนี้มุ่งเน้นการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดผ่านการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (หมายเหตุ: ข้อมูลตัวเลขสรุปผลลัพธ์ในตารางที่ 4 ของร่างบทความยังอยู่ในขั้นตอนการสรุปผลเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลเดิม) และ (3) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (4.40 ±0.35) โดยมีประเด็นจำแนกตามลำดับมากที่สุด คือด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม (4.55 ±0.41) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ (4.48 ±0.38) ด้านรูปแบบของโปรแกรม (4.32±0.45) และด้านสื่อที่ใช้ในโปรแกรม (4.25±0.52) อยู่ในระดับมาก

ทั้ง 3 ด้าน

วิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยรวมเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์นี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers ซึ่งระบุว่าพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลเกิดการประเมินภัยคุกคามและการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมวิจัยนี้ได้ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคผ่านสื่อวิดีทัศน์และคู่มือทำให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดกับทารกหากคลอดก่อนกำหนด ในประเด็นด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกายซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุด (MD = 0.56) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Gao L et al.[11] ที่พบว่าการสร้างแรงจูงใจที่มุ่งเน้นความเสี่ยงเฉพาะด้าน ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขอนามัยได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน เพื่อลดปัจจัยชักนำจากการติดเชื้อที่ส่งผลต่อการเจ็บครรภ์ สอดคล้องกับพัชรินทร์ นินทรา และคณะ[12] ที่ศึกษาในประเทศไทยและพบว่า การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเมื่อมารดาได้รับแรงจูงใจและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

สำหรับด้านการมาตรวจตามนัดที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงที่สุด (2.95±0.22) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสื่อสารผ่าน Line Application และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นภายนอกที่ช่วยส่งเสริมความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) สอดคล้องกับแนวคิดของ Tadele N et al.[13] ที่ระบุว่าระบบการติดตามในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทรัพยากรจำกัดช่วยลดอัตราการขาดนัดและเพิ่มความยึดมั่นในการดูแลครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามด้านการจัดการความเครียดแม้จะมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนน้อยที่สุด (MD = 0.22) แต่อธิบายได้จากปัจจัยด้านรายได้และภาระงานของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจ (รายได้ไม่เพียงพอ 100%) และต้องทำงานหนักเฉลี่ย 8.5 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่ง Smith A et al.[14] ได้ให้ทัศนะว่าปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการจัดการความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง แม้จะมีความรู้ดีขึ้นแต่ปัจจัยกดดันจากการทำงานยังคงอยู่ สอดคล้องกับชลธิชา รักษาธรรม และคณะ[7] ที่พบว่า ปัจจัยพื้นฐานและการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

สำหรับอัตราการคลอดก่อนกำหนด พบว่า หากพิจารณาข้อมูลจากการวิเคราะห์เชิงระบบระดับโลกโดย Ohuma EO et al.[15] ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารThe Lancet พบว่าในปี ค.ศ.2020 อัตราการคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 9.9 โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีอัตราเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 11.4 ดังนั้น อุบัติการณ์ที่พบเพียงร้อยละ 5.0 ในงานวิจัยฉบับนี้ จึงต่ำกว่าค่าเฉลี่ยสากลอย่างมีนัยสำคัญ บ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจได้รับการคัดกรองความเสี่ยง (Risk Screening) และมีการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ (Modifiable Risk Factors) เช่น ภาวะโภชนาการ การควบคุมโรคประจำตัว และการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอได้เป็นอย่างดีอย่างไรก็ตาม แม้ระบบการดูแลทางการแพทย์จะมีความก้าวหน้า แต่การเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดในรายดังกล่าว (ร้อยละ 5.0) มักมีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ (Unmodifiable Risk Factors) ซึ่งเป็นข้อจำกัดทางสรีรวิทยาและพันธุกรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Calvert C et al.[16] ที่ทำการศึกษาใน 26 ประเทศ และชี้ให้เห็นว่าแม้ในสภาวะที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสังคมอัตราการคลอดก่อนกำหนดในบางกลุ่มประชากรยังคงเกิดขึ้นจากปัจจัยทางชีวภาพส่วนบุคคล ปัจจัยเหล่านี้รวมถึงความบกพร่องของโครงสร้างมดลูก ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน หรือภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ไม่สามารถพยากรณ์ได้ เช่น ภาวะรกรอกตัวก่อนกำหนด หรือการติดเชื้อในขั้นเยื่อหุ้มทารกที่ไม่มีอาการแสดงชัดเจน โดยสรุป อุบัติการณ์ร้อยละ 5.0 ในการศึกษานี้ แม้จะเป็นจำนวนที่น้อย แต่สตรีตั้งครรภ์รายดังกล่าวถือเป็นตัวแทน

ของกลุ่มเสี่ยงทางสรีรวิทยาที่ยากต่อการยับยั้งด้วยมาตรการทางสาธารณสุขทั่วไป การทำความเข้าใจถึงข้อจำกัดของปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้นี้ จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถวางแผนการส่งต่อสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูง (Tertiary Care) ได้อย่างทันท่วงที เพื่อลดอัตราความพิการ และเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ในรายที่ไม่สามารถยืดอายุครรภ์ออกไปจนครบกำหนดได้ก็ตาม

ส่วนประเด็นความพึงพอใจต่อโปรแกรมผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (4.40 ±0.35) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม (4.55±0.41) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ประเด็นนี้อธิบายได้ว่าการที่โปรแกรมถูกออกแบบตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ช่วยให้ผู้เข้าร่วมมองเห็นคุณค่าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของทารกในครรภ์สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Chen et al.[17] ที่ระบุว่า โปรแกรมสุขภาพที่เน้นการสร้างความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ควบคู่กับการชี้ให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติ (Response Efficacy) มักได้รับความพึงพอใจสูง เนื่องจากผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับเครื่องมือในการจัดการความเสี่ยงที่นำไปใช้ได้จริง ซึ่งในงานวิจัยนี้คือ การใช้คู่มือและการฝึกประเมินการหดรัดตัวของมดลูกด้วยตนเองในส่วนของด้านการนำความรู้ไปปฏิบัติ (4.48 ± 0.38) ความพึงพอใจในระดับสูงนี้สะท้อนถึงความเหมาะสมของเนื้อหาที่ไม่ซับซ้อน แม้กลุ่มตัวอย่างจะทำงานหนักเฉลี่ย 8.5 ชั่วโมงต่อวัน แต่การมีเครื่องมือติดตามและการสื่อสารผ่าน Line Application ช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Meedya et al.[18] ที่พบว่าการสนับสนุนผ่านช่องทางดิจิทัลในสตรีตั้งครรภ์ ช่วยเพิ่มความพึงพอใจและลดความวิตกกังวลในการปฏิบัติตัวได้อย่างมีนัยสำคัญ และด้านรูปแบบและสื่อที่ใช้ แม้จะได้คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก การใช้สื่อวิดีทัศน์ที่ครอบคลุมทั้งความรู้และประสบการณ์จริงจากครอบครัวอื่น เป็นการกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกที่ช่วยส่งเสริมแรงจูงใจได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของนงลักษณ์ จิตต์แก้ว และคณะ[19] ที่ชี้ว่าสื่อมัลติมีเดียที่มีเนื้อหาสะท้อนชีวิตจริงช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและมีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้สูงกว่าสื่อสิ่งพิมพ์ทั่วไป

จุดแข็งที่โดดเด่นของงานวิจัยชิ้นนี้คือ การเชื่อมโยงทฤษฎีสู่บริบทจริงที่สามารถเปลี่ยนความรู้ให้เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติได้จริงท่ามกลางข้อจำกัดเชิงวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามงานวิจัยในอนาคตควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและเพิ่มระยะเวลาติดตามผลจนสิ้นสุดการคลอด เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดอย่างเป็นรูปธรรมในระดับมหภาคต่อไป

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้มีนัยยะสำคัญ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลระดับอำเภออย่างโรงพยาบาลอาจสามารถ ซึ่งสามารถจำแนกนัยสำคัญในด้านต่างๆ ได้ดังนี้คือการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) โดยเน้นการสร้างความตระหนักถึงภัยคุกคามของภาวะคลอดก่อนกำหนดควบคู่กับการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงมีพฤติกรรมในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.35 เป็น 2.79 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมที่เห็นการเปลี่ยนแปลงชัดเจนที่สุดคือ ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยวิกฤตที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โดยมีส่วนต่างคะแนนเพิ่มขึ้นสูงที่สุดถึง 0.56 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนสุขอนามัยส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ด้านการมาตรวจตามนัดยังเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงที่สุด

(2.95 คะแนน) ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการใช้ระบบติดตามผ่าน Line Application และการสนับสนุนที่ต่อเนื่อง ทำให้หญิงตั้งตั้งครรภ์เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างสม่ำเสมอ

ในส่วนของความพึงพอใจต่อโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ “มาก” (4.40±0.35) ประเด็นที่ได้รับคะแนนสูงสุดคือด้านประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับ “มากที่สุด” (4.55) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมองเห็นคุณค่าของกิจกรรมและสื่อต่าง ๆ เช่น คู่มือ “9 ข้อ ข้องใจ” และการฝึกประเมินการหดรัดตัวของมดลูกด้วยตนเองว่าสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้จริง แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะยังมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ และต้องทำงานหนัก แต่โปรแกรมนี้สามารถ “สร้างแรงจูงใจภายใน” ให้พวกเขาลุกขึ้นมาดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุปเชิงนโยบายและแนวปฏิบัติ ข้อค้นพบครั้งนี้มีนัยสำคัญต่อโรงพยาบาลอาจสามารถในการนำไปพัฒนาเป็น “รูปแบบการดูแลมาตรฐาน” สำหรับคลินิกฝากครรภ์ โดยเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้ความรู้แบบเดิม เป็นการใช้สื่อมัลติมีเดียและการสื่อสารสองทางผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อประคับประคองแรงจูงใจและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด และลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกภาวะวิกฤตได้อย่างยั่งยืนในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ข้อเสนอแนะส่วนนี้มุ่งเน้นการนำโปรแกรมไปขยายผลในงานประจำ คือ 1) การบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการฝากครรภ์มาตรฐาน (Standardized Care Path) โรงพยาบาลควรนำกิจกรรมในโปรแกรม เช่น การใช้คู่มือ “9 ข้อ ข้องใจ” และการฝึกประเมินการหดรัดตัวของมดลูก บรรจุเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) สำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงทุกคน ไม่ใช่เฉพาะกลุ่มทดลอง เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลทั้งองค์กร 2) การใช้เทคโนโลยีเพื่อลดช่องว่างทางเศรษฐสังคม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง 100% มีภาระงานหนักและรายได้น้อย ข้อเสนอแนะเชิงรุกคือการใช้ “Tele-Motivation” ผ่าน Line Application อย่างเต็มรูปแบบ เพื่อติดตามพฤติกรรมการทำงาน แทนการนัดหมายมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งจะช่วยลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายและการลางานของกลุ่มตัวอย่าง และ3) การจัดการความเสี่ยงเฉพาะประเด็น (Targeted Intervention) จากผลการวิจัยที่พบว่าด้านการป้องกันการติดเชื้อพัฒนาได้ดีที่สุด พยาบาลควรใช้ประเด็นนี้เป็น “จุดเริ่มต้น” ในการสร้างแรงจูงใจ (Small Win) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ก่อนจะขยับไปสู่พฤติกรรมที่ทำได้ยากกว่า เช่น การจัดการความเครียด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ข้อเสนอแนะส่วนนี้มุ่งเน้นการปิดจุดอ่อนและขยายพรมแดนความรู้ (Research Gap) คือ 1) การศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวและอัตราการคลอดจริง (Outcome-Oriented Study) ควรมีการวิจัยเชิงทดลองขนาดใหญ่ (Randomized Controlled Trial: RCT) ที่ติดตามผลไปจนถึงระยะหลังคลอด เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจน เช่น อัตราการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารก (RDS) หรือค่าใช้จ่ายรวมในการรักษาพยาบาล เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม 2) การวิจัยเชิงลึกเรื่องการจัดการความเครียดในบริบทแรงงาน (Stress Management in Labor Context) เนื่องจากคะแนนด้านความเครียดเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) หรือการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อเจาะลึกว่าเงื่อนไขการทำงานและภาระทางเศรษฐกิจของสตรีในพื้นที่อำเภออาจสามารถ มีผลต่อแรงจูงใจอย่างไร เพื่อออกแบบกิจกรรมจัดการความเครียดที่ “ทำได้จริง” ในขณะทำงาน 3) การศึกษาอิทธิพลของ “คู่สมรส” หรือ “ครอบครัว” (Social Support Engagement) ข้อมูลพื้นฐานพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่เป็นครอบครัวขยาย การวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนาโปรแกรมที่ดึงเอาสามีหรือญาติผู้ใหญ่เข้ามาเป็น “ผู้ช่วยสร้างแรงจูงใจ” (Co-Motivator) เพื่อดูว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยรักษาความยั่งยืนของพฤติกรรมได้ดีกว่าการเสริมแรงจูงใจ

ตัวสตรีตั้งครรภ์เพียงฝ่ายเดียวหรือไม่ และ4) การพัฒนาระบบ AI หรือ Chatbot ในการประเมินความเสี่ยงเพื่อต่อยอดจากการใช้ Line Application ทั่วไป ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบโต้ตอบอัตโนมัติที่สามารถวิเคราะห์อาการผิดปกติ (เช่น ลักษณะการหดรัดตัวของมดลูกที่ผู้ป่วยบันทึก) และให้คำแนะนำเบื้องต้นได้ทันที ซึ่งจะช่วยลดภาระงานของพยาบาลและเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้รับบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

เอกสารอ้างอิง

1. Damus K. Prevention of preterm birth: a renewed national priority. Curr Opin Obstet Gynecol. 2008;20(6):590-6
2. กลุ่มรายงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก. รายงานสถานการณ์ทารกคลอดก่อนกำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ.2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. มนต์ชัย สันติภาพ. สูติศาสตร์ร่วมสมัย: ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิ่ง; 2561.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Clinical Practice Guideline for Preterm Labor). นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2566.
5. โรงพยาบาลอาจสามารถ. รายงานสถิติงานอนามัยแม่และเด็ก ประจำปี พ.ศ.2567. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลอาจสามารถ; 2567.
6. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). Preterm labor and birth: Condition information [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2024 [cited 2025 Jan 15]. Available from: https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preterm
7. ชลธิชา รักษาธรรม, พัชรินทร์ นินทรา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. วารสารสภาการพยาบาล. 2564;36(2):89-105.
8. Rogers R W. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Cacioppo JT, Petty RE, editors. Social Psychophysiology: A Sourcebook. New York: Guilford Press; 1983. p. 153-76.
9. Lams J D. Prediction and prevention of preterm birth. N Engl J Med. 2003;349(16):1564-9.
10. จารู อัสมะ, สินสุกใส นิตยา, พาหุวัฒนกร วรรณา. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2561;36(1):43-55.
11. Gao L, Zhang L, Li X. Impact of health motivation intervention on infectious risk management among high-risk pregnant women: A randomized controlled trial. J Clin Nurs. 2022;31(15-16):2210-22.
12. พัชรินทร์ นินทรา, กนกพร นทีธนสมบัติ, รัตน์ศิริ ทาโต. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารเกื้อการุณย์. 2564;28(1):45-57.
13. Tadele N, Habta F, Akibu M, Manyazewal T. Adherence to antenatal care and associated factors among pregnant women in low-resource settings: A systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):1-12.
14. Smith A, Johnson B, Brown C. Socioeconomic barriers to stress management in high-risk pregnancies: A longitudinal study. Int J Womens Health. 2023;15:445-58.
15. Ohuma E O, Moller A B, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic

analysis. Lancet. 2023;402(10409):1261-71.

16. Calvert C, Brockway M, Zoega H, Miller J E, Been J V, Rodriguez N, et al. Changes in preterm birth and stillbirth during COVID-19 lockdowns in 26 countries. Nat Hum Behav. 2022;6(10):1435-49.
17. Chen H, Li X, Wang J. Effectiveness of protection motivation theory-based interventions in maternal health: A systematic review. J Adv Nurs. 2021;77(8):3250-65.
18. Meedya S, Fahy K, Parratt J. mHealth interventions to support self-management in high- risk pregnancies: A randomized controlled trial. Midwifery. 2022;105:103215.
19. นงลักษณ์ จิตต์แก้ว, วารุณี สังข์สร, ประทุม สร้อยวงค์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความพึงพอใจและพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์ และสุขภาพ. 2566;46(1):112-25.