

การพัฒนาารูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบรือ

อภิญา สารภักดิ์

โรงพยาบาลบรือ

ภัทรา พรหมมงคล

โรงพยาบาลบรือ

DOI: 10.14456/jrpsi.2026.9

Received: July 21, 2025 | Revised: January 2, 2026 | Accepted: January 16, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาภาวะคลอดก่อนกำหนด พัฒนารูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด และประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบรือ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 50 คน ตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก คือ หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และมีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสนทนากลุ่ม แบบวัดความรู้ และพฤติกรรมป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการพัฒนารูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การคัดกรองการให้ความรู้ การเฝ้าระวัง การติดตามเยี่ยมเชิงรุก การวางแผนจำหน่ายในห้องคลอดและติดตามหลังจำหน่ายพบว่า ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดลดลงจากร้อยละ 30 เหลือร้อยละ 14 การกลับมารักษาซ้ำลดลงจากร้อยละ 53.33 เหลือร้อยละ 14.28 และการคลอดครบกำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88 เป็นร้อยละ 100 คะแนนความรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด อยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ ควรศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง และควรขยายผลการวิจัยไปสู่โรงพยาบาลลูกข่าย เพื่อให้มีการใช้รูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดอย่างเป็นระบบ

ติดต่อผู้พิมพ์: อภิญา สารภักดิ์

อีเมล: apinya.kie79@gmail.com

คำสำคัญ: การพัฒนา, รูปแบบบริการ, ภาวะคลอดก่อนกำหนด, หญิงตั้งครรภ์

Development of A Service Model to Prevent Premature Birth in Pregnant Women at Borabue Hospital

Apinya Sarapak

Borabue Hospital

Patra Prommongkol

Borabue Hospital

Abstract

The research and development aims to 1) study the problem of premature birth, 2) develop a service model to prevent premature birth, and 3) evaluate the result of developing a service model to prevent premature birth in pregnant women who received prenatal care at Borabue Hospital according to the inclusion and exclusion criteria, totaling 50 people such as new pregnancy woman, those who register for antenatal care before 12 weeks of gestation and those at risk of premature birth. The research instruments used were group discussions, knowledge and behavior measurement form to premature birth, and satisfaction form. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics.

Results of the development: The development of the service model for preventing premature birth in pregnant women at Borabue Hospital consisted of screening, providing knowledge, monitoring, proactive follow-up visits, planning for discharge in the delivery room, and post-discharge follow-up. It was found that the rate of premature labor decreased from 30% to 14%, readmission decreased from 53.33% to 14.28%, and full-term delivery increased from 88% to 100%. The knowledge and behavior scores for preventing premature birth after providing knowledge increased significantly with a statistical p-value of <0.001 . The satisfaction of pregnant women and the multidisciplinary team with the service model for preventing premature birth was at a high level.

Recommendations: The results of the model development should be studied continuously, and the research results should be expanded to network hospitals so that the model for premature birth prevention services can be systematically implemented.

Corresponding Author: Apinya Sarapak

E-mail: apinya.kie79@gmail.com

Keywords: development, service model, preterm birth, pregnant women

บทนำ

สถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า การคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้นเฉลี่ย 15 ล้านคน/ปี คิดเป็นอัตราการคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกประมาณ 11% การคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของเด็ก คิดเป็น 18% ของการเสียชีวิตในเด็กต่ำกว่า 5 ปี และมากถึง 35% ของการเสียชีวิตทั้งหมดในเด็กแรกเกิด (อายุน้อยกว่า 28 วัน)⁽¹⁾ จากรายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของประเทศไทย⁽²⁾ ปี 2563-2565 พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 12.47, 11.61 และ 10.42 ตามลำดับ อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน อยู่ที่ 4.20, 4.70 และ 4.50 ตามลำดับ ซึ่งเป้าหมายไม่เกิน 3.7 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ จากสถานการณ์ข้างต้นกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2⁽³⁾ (ปี 2560-2569) ว่าด้วยเรื่องการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ โดยมีเป้าประสงค์ 2 ประการ คือ 1) เพื่อให้การเกิดทุกรายมีการวางแผนและเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และได้รับการช่วยเหลือในการมีบุตร 2) เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอดและแม่ปลอดภัย รวมทั้งได้รับการดูแลหลังคลอด

ที่ดีจากสถานการณ์ในปัจจุบันพบว่า ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจเนื่องมาจากการแก้ปัญหาสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็กขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและที่สำคัญ คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ สามเษและครอบครัว ที่ถือว่าเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ให้มีคุณภาพ ซึ่งจะช่วยลดและป้องกันผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญด้านมารดา ได้แก่ การติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ โรคประจำตัวของหญิงตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ประวัติคลอดก่อนกำหนด ความผิดปกติของมดลูก ภาวะแท้ง การตั้งครรภ์แฝด พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา รวมถึงการใช้สารเสพติด ส่วนปัจจัยเสี่ยงด้านทารก ได้แก่ ความผิดปกติของทารก การขาดออกซิเจนในครรภ์ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหากไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้จะทำให้คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของทารกเป็นอันดับ 2 รองจากภาวะพิการแต่กำเนิด ยิ่งอายุครรภ์น้อยเท่าไรจะมีโอกาสที่ทารกจะเสียชีวิตและทุพพลภาพมากขึ้น ภาวะทุพพลภาพจะอยู่ในระยะยาว ค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงมาก ส่วนทารกที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักตัวน้อย อวัยวะต่างๆ ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ประสิทธิภาพการทำงานไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ภาวะหายใจลำบาก เนื้อเยื่อลำไส้ตาย เลือดออกในโพรงมดลูก ภาวะติดเชื้อที่รุนแรง ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ ใช้อุปกรณ์ราคาสูง และใช้เวลาในโรงพยาบาลนาน ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ในประเทศไทยพบว่ารัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาทารกที่คลอดก่อนกำหนดทั่วประเทศ 15,000 ราย ประมาณ 2,300 ล้านบาท ทั้งนี้ไม่รวมค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่อเนื่องหากทารกมีความพิการหรือพัฒนาการผิดปกติ

จากสถิติบริการในปี 2564-2566⁽⁴⁾ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม มีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์จำนวน 665, 575 และ 541 ราย หญิงตั้งครรภ์คลอด จำนวน 551, 600 และ 496 ราย ตามลำดับมีภาวะคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 7.16, 7.59 และ 7.25 ตามลำดับ ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 18.36, 25.71 และ 22.22 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ขาดการตระหนักถึงอันตราย เมื่อมีอาการผิดปกติไม่รีบมาโรงพยาบาลทำให้ได้รับการดูแลรักษาล่าช้า ช่องทางติดต่อกับเจ้าหน้าที่ไม่สะดวกรวดเร็ว ระบบการติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่ครอบคลุมและไม่ทันสมัย จึงส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ควรมีระบบบริการการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่กระบวนการฝากครรภ์ การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การได้รับความรู้ที่ทันสมัย เข้าถึงได้ง่าย การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ที่สะดวกรวดเร็ว การติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การดูแลรักษาเพื่อยับยั้งการคลอดในท้องคลอด และการติดตามหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีระบบการดูแลที่ครอบคลุม ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาบริการเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดตามบริบทของโรงพยาบาลบรบือ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ประกอบด้วยการศึกษาสภาพปัญหาภาวะคลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่เดือนมกราคม - พฤศจิกายน 2567 ศึกษาที่คลินิกสูตินรีเวช และห้องคลอดโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่คลินิกสูติรีเวช โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 13 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพคลินิกสูติรีเวช จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด จำนวน 7 คน สูติแพทย์ จำนวน 3 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1 ปี ยินยอมและสมัครเข้าร่วมการศึกษาค้างนี้

เกณฑ์การคัดออกศึกษา (Exclusion criteria) ยกเลิกการเข้าร่วมศึกษาภายหลังเข้าร่วมการศึกษาค้างแล้ว

2. หญิงตั้งครรภ์ ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่คลินิกสูติรีเวช และมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่รับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบรบือ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ การคัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์รายใหม่ 2) อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ 3) มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดข้อใดข้อหนึ่ง คือ มีประวัติ ได้แก่ เคยคลอดก่อนกำหนด เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด เคยแท้งเอง เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัมหรือน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะครรภ์เป็นพิษในครรภ์ก่อน เคยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในระบบสืบพันธุ์ ประวัติครรภ์ปัจจุบัน ได้แก่ ครรภ์แฝด อายุครรภ์น้อยกว่า 17 ปี อายุมากกว่า 35 ปี มีเลือดออกทางช่องคลอด มีก้อนในอุ้งเชิงกราน ประวัติทางอายุรกรรม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ โรคหัวใจ โรคหอบหืด ติดยาเสพติด ติดสุรา โลหิตจาง การติดเชื้อ เช่น Bacterial vaginosis หนองใน ซิฟิลิส ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 4) มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนในการติดต่อสื่อสารและใช้แอปพลิเคชันได้ 5) หญิงตั้งครรภ์ยินยอมและสมัครเข้าร่วมในการศึกษาในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกศึกษา (Exclusion criteria) คือ หญิงตั้งครรภ์ยุติการตั้งครรภ์ ในระหว่างการตั้งครรภ์หรือหญิงตั้งครรภ์ยกเลิกการเข้าร่วมศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์ภาวะคลอดก่อนกำหนด ทบทวนการปฏิบัติในปัจจุบัน และสรุปประเด็นปัญหาสู่การพัฒนา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ออกแบบและพัฒนา รูปแบบ นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาความต้องการ โดยการทบทวนวรรณกรรม ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาปรับให้เหมาะสมกับบริบท ตั้งแต่การดูแลในระยะตั้งครรภ์ โดยการคัดกรองประเมินภาวะเสี่ยงให้ควมรู้ เฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนด ติดตามเยี่ยมเชิงรุก การวางแผนจำหน่ายในห้องคลอด และติดตามหลังจำหน่าย จัดทำเป็นคู่มือรูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบรบือ

ระยะที่ 3 นำรูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์มาทดลองใช้ในคลินิกสูติรีเวช และงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบรบือ ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกสูติรีเวช แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) จำนวน 50 คน

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัยและพินิจสิทธิให้ทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อหญิงตั้งครรภ์ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ มีดังนี้

- 2.1 ให้หญิงตั้งครรภ์เข้า Line OA เพื่อเป็นช่องทางให้ความรู้และติดต่อสื่อสาร
- 2.2 ให้หญิงตั้งครรภ์ทำแบบวัดความรู้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปหญิงตั้งครรภ์ แบบวัดความรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
- 2.3 ตรวจปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและตรวจภายในเพื่อประเมินภาวะ Vaginitis
- 2.4 พบแพทย์ประเมินความยาวของปากมดลูก หากผิดปกติจะได้รับยา Utrogestan
- 2.5 ติดสติ๊กเกอร์เสี่ยงต่อ Preterm labor วันที่สามารถคลอดได้ อาการเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ที่ต้องรับมาโรงพยาบาล เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อเจ้าหน้าที่หน้าสมุดสีชมพู
- 2.6 ให้ความรู้แบบ Brain base learning (BBL) 2 ครั้ง เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอาการเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
- 2.7 ให้ความรู้ผ่าน Line OA เกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และอาการเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่ต้องรับมาโรงพยาบาล
- 2.8 หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดและปากมดลูกสั้น ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ ด้วยเครื่อง non stress test (NST) เมื่ออายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์
- 2.9 แจกคู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในรูปแบบ E-book
3. ให้หญิงตั้งครรภ์ทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและทำแบบวัดความรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
4. หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด มีการวางแผนจำหน่าย ให้ความรู้ตามรูปแบบ Brain base learning (BBL) การติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายผ่าน Line OA และติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการติดตามมาฝากครรภ์ต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 การศึกษาผลการใช้รูปแบบบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ด้วยการประเมินความรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อุบัติการณ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนด ประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ และประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบวัดความรู้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนการตั้งครรภ์ และภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามเป็น “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีทั้งคำถามทางบวกและทางลบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จากนั้นแปลผลโดยใช้การแบ่งระดับคะแนนแบบเกนท์ อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom⁽⁵⁾ คำนวณค่าเป็นร้อยละ แบ่งเป็น 3 ระดับ จากคำถาม 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน จัดระดับคะแนนได้ดังนี้ ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 (6-7 คะแนน) และระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (8-10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราวัดประเมินค่า Rating scale แบ่งเป็น 5 ระดับ ระดับ 1 ไม่มีพฤติกรรมนั้นเลย ถึงระดับ 5 มีพฤติกรรมมากที่สุด แปลผลคะแนนเฉลี่ย 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 30 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 (30-39 คะแนน) และระดับสูงคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (40-50 คะแนน)

1. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราวัดประเมินค่า rating scale แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 = พึงพอใจมากที่สุด ประเมินผลด้วยการหาค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00

หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง พึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง พึงพอใจน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพต่อรูปแบบบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า rating scale แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 = พึงพอใจมากที่สุด ประเมินผลด้วยการหาค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง พึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง พึงพอใจน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

3. แบบติดตามการเยี่ยมเชิงรุกขณะฝากครรภ์และหลังจำหน่าย ประกอบด้วยข้อมูล 5 ข้อ คือ ชื่อ สกุล ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ อาการผิดปกติ การรับประทานยา การนับลูกดิ้น

4. แบบประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา⁽⁶⁾ (Content validity index: CVI) พิจารณาความตรงของเนื้อหาให้ครอบคลุม ภาษาที่ใช้และความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยการนำ 1) แบบวัดความรู้การคลอดก่อนกำหนด 2) แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพต่อรูปแบบบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ สูติแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลที่จบเฉพาะทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ แบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน แบบวัดความรู้การคลอดก่อนกำหนดใช้สูตร KR-20 และแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดใช้สูตร KR-21⁽⁶⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.82, 0.80 ตามลำดับ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อรูปแบบบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค⁽⁶⁾ ได้เท่ากับ 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired T-test ที่ระดับนัยสำคัญ 5%

จริยธรรม

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลบรบือ เพื่อพิจารณาความเห็นชอบ
2. การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ 36/2566 รับรองระหว่างวันที่ 8 ธันวาคม 2566 ถึง 7 ธันวาคม 2567 เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์วิธีการ ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัยต่อหญิงตั้งครรภ์ การเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการฝากครรภ์และการดูแลรักษาในห้องคลอด

ผลการศึกษา

1. การศึกษาสภาพปัญหาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด คือ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ขาดการตระหนักถึงอันตราย เมื่อมีอาการผิดปกติไม่รีบมาโรงพยาบาล ทำให้ได้รับการดูแลรักษาล่าช้า รวมทั้งขาดช่องทางการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ที่สะดวกรวดเร็ว ในรายที่ได้รับการรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อมีอาการผิดปกติไม่รีบกลับมาพบแพทย์ เมื่อมาถึงโรงพยาบาลปากมดลูกเปิดมากกว่า 3 เซนติเมตร ซึ่งไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ

2. การพัฒนารูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ได้รูปแบบ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบรบือ

รูปแบบ	กิจกรรมบริการ
การคัดกรอง	- คัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ครั้งที่มาฝากครรภ์ เข้ากลุ่ม Line OA - ทำแบบวัดความรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะครรภ์คลอดก่อนกำหนด - ตรวจปัสสาวะและตรวจภายในเพื่อประเมินการติดเชื้อ - GA 15 สัปดาห์ Case Previous preterm พบแพทย์เพื่อรับยา Utrogestan - GA 18-22+6 สัปดาห์ พบแพทย์ U/S ดูความสมบูรณ์ของทารกและวัดความยาวปากมดลูก TACL <3.0 cm. หรือ TVCL <2.5 cm. รับยา Utrogestan
การให้ความรู้และการเฝ้าระวัง	- GA 30-32 สัปดาห์ ตรวจปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ - Case Previous preterm และหญิงตั้งครรภ์ที่มีปากมดลูกสั้น ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ ด้วยเครื่อง Non stress test (NST) เมื่ออายุครรภ์ 32-37 สัปดาห์ - ติดสติ๊กเกอร์ HR อาการเตือนภาวะคลอดก่อนกำหนดที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และกำหนดวันที่สามารถคลอดได้ รวมถึงช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่กรณีฉุกเฉินน้ำท่วมขัง - ติดป้ายเตือนอาการเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในชุมชน - แจกคู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดรูปแบบ E-book
การติดตามเยี่ยมเชิงรุก	- ติดตามเยี่ยมเชิงรุก 3 ครั้ง โดยโทรสอบถามหรือเยี่ยมผ่าน Line OA - ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 13-24 สัปดาห์ - ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 25-30 สัปดาห์ - ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 31-40 สัปดาห์
การวางแผนจำหน่ายและติดตามหลังจำหน่าย	- การวางแผนจำหน่ายในห้องคลอด - โทรติดตามเยี่ยมและติดตามอาการผ่าน Line OA ทุกวันหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ - ตามแบบฟอร์มการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน - ติดตามดูแลแบบบันทึกการหดตัวของมดลูกและการนับลูกตื่นผ่าน Line OA - นัดฝากครรภ์ 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย และตรวจสุขภาพทารกด้วยเครื่อง Non stress test (NST) - ติดตามและบันทึกการใช้รูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด

3. ผลของรูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบรบือ

3.1 ข้อมูลทั่วไป หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 48 อยู่ร่วมกับบิดามารดาและสามี ร้อยละ 56 จบระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 52 ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 30 รายได้ของครอบครัว 10,000-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 40 ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 46 มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 6 ประวัติแท้งเอง ร้อยละ 20 ภาวะครรภ์เป็นพิษในครรภ์ก่อน ร้อยละ 0.5 ประวัติผ่าตัดคลอด ร้อยละ 35 ประวัติปัจจุบัน อายุต่ำกว่า 17 ปี ร้อยละ 12 อายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 25 มีเลือดออกทางช่องคลอด ร้อยละ 14 ประวัติทางอายุรกรรม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ ร้อยละ 10 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 6 โลหิตจาง ร้อยละ 30 และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 10

3.2 ความรู้ภาวะคลอดก่อนกำหนดพบว่า หลังให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=9.57$, $SD=0.50$) ความรู้มากที่สุด ได้แก่ หากมีประวัติคลอดก่อนกำหนด จะมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดได้อีก การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด เป็นสาเหตุทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะมีน้ำหนักตัวน้อย และมีปัญหาเรื่องการหายใจ หากเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังใช้รูปแบบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังใช้รูปแบบบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์
โรงพยาบาลบรบือ (n=50)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	8.08	1.10	
หลังใช้รูปแบบ	9.57	0.50	
ความรู้ที่เพิ่มขึ้น	1.49	0.60	<0.001

3.3 พฤติกรรมป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดหลังใช้รูปแบบภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=47.30$, $SD=1.86$) พฤติกรรมมากที่สุด คือ การมาฝากครรภ์ตามนัด ทานกินยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิกทุกวัน เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ท้องป็นแข็ง หรือมีเลือดออกทางช่องคลอด ท่านจะมาตรวจก่อนนัด เมื่อใช้สถิติพบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=50)

พฤติกรรมป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	30.02	2.68	
หลังใช้รูปแบบ	47.30	1.86	
พฤติกรรมที่ดีขึ้น	17.28	0.82	<0.001

4. การประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อรูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบรบือ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}= 4.50$, $SD=0.60$) เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็นพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการให้บริการของบุคลากรและรูปแบบการให้ความรู้ ($\bar{X}= 4.50$) รองลงมา คือ การติดตามเยี่ยมเชิงรุก ($\bar{X}= 4.45$) ช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ ($\bar{X}= 4.38$) และขั้นตอนการให้บริการ ($\bar{X}= 4.38$) ตามลำดับ

5. ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบรบือ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}= 4.46$, $SD=0.58$) เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็นพบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจมากที่สุด สู่ในการให้ความรู้ ($\bar{X}=4.50$) รองลงมา คือ รูปแบบบริการสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน และการติดตาม ($\bar{X}=4.43$) ตามลำดับ

6. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ เปรียบเทียบผลการพัฒนา ก่อนและหลังพบว่า ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดลดลงจาก ร้อยละ 30 เหลือร้อยละ 14 การกลับมารักษาซ้ำ ลดลงจากร้อยละ 53.33 เหลือร้อยละ 14.28 และหญิงตั้งครรภ์คลอดครบกำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88 เป็นร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการพัฒนา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบรบือ (n=50)

ผลการพัฒนา	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	30.00	14.00
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	53.33	14.28
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์คลอดครบกำหนด	88.00	100.00

วิจารณ์

การพัฒนาารูปแบบบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบรบือ ประกอบด้วย การคัดกรอง การให้ความรู้ การเฝ้าระวัง การติดตามเยี่ยมเชิงรุก การวางแผนจำหน่ายในห้องคลอด และติดตามหลังจำหน่าย ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ล้วนเป็นรูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดที่ครอบคลุม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลและป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่การฝากครรภ์จนถึงกระบวนการจำหน่ายออกจากห้องคลอด ทีมสหวิชาชีพสามารถนำรูปแบบบริการไปปฏิบัติได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลลัพธ์ที่ดีในการให้บริการและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดหลังการใช้รูปแบบ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิติพร สุวรรณอำภา และทัศนีย์วรรณ พุกษามะธานันท์⁽⁷⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อความรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของอติยา สุวรรณสาร และนิลุล รุจิระประเสริฐ⁽⁸⁾ ศึกษาเรื่องการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในหญิงตั้งครรภ์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นการส่งเสริมความรู้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ มีความรู้และพฤติกรรมปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดลดลง การกลับมารักษาลดลงและการคลอดครบกำหนดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา กิตติมา⁽⁹⁾ ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง และติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้แอปพลิเคชัน หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดลดลง และมีอัตราการกลับมารักษาลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของพรศิริ เสนอิริและคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 6 องค์ประกอบ คือ การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง การประสานสูติแพทย์ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก METHOD การติดตามต่อเนื่องที่บ้าน และการให้ความรู้โดยสามีและญาติมีส่วนร่วม ส่งผลให้การคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับชลทิชา รักษาทำ และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้แนวปฏิบัติมีอัตราการกลับมารักษาลดลง ร้อยละ 20 และคลอด ร้อยละ 33.3 กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติสามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนด แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การคัดกรอง การให้ความรู้ การเฝ้าระวัง การติดตามเยี่ยมเชิงรุก การวางแผนจำหน่ายในห้องคลอด และติดตามหลังจำหน่าย ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ลดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือเมื่อมีอาการผิดปกติสามารถมาโรงพยาบาลได้ทันเวลา ทำให้การรักษาได้ทันเวลาที่ ส่งผลทารกคลอดครบกำหนด ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องและควรมีการขยายผลการวิจัยไปสู่โรงพยาบาลลูกข่าย เพื่อให้มีการใช้รูปแบบบริการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดอย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์กัมพล เอี่ยมเกื้อกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ ที่ให้การผลักดันและสนับสนุนการทำวิจัย ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพคลินิกสูติรีเวช ห้องคลอด และสูติแพทย์ที่ร่วมกันพัฒนา

รูปแบบบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ และขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Walani SR. Global burden of preterm birth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;150(1):31-33.
2. Department of health (TH), Health Promotion Division. Annual report 2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
3. Department of Health (TH), Bureau of Reproductive Health. National Reproductive Health Development Policy and Strategy, No. 2. [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016 [cited 2023 Nov 2]. 61 p. Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/download-03> (in Thai)
4. The Committee for the Operation of Maternal and Child Health in Borabue District. Report on the Operation of Maternal and Child Health. Maha Sarakham: Borabue Hospital; 2023 (in Thai)
5. Bloom BS. Learning for mastery'. Evaluation comment. Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles. 1986;2:47-62.
6. Meehanpong P, Chatdokmaiprai K. Assessing Quality of research instrument in nursing research. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(1):9-15. (in Thai)
7. Suwanampa T, Purksametanan T. Effects of a Mobile Application-Based Health Education Program on Health Literacy in Pregnant Women. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2023;38(1):98-111. (in Thai)
8. Suwansan A, Rujiraprasert N. Perception and preventive behaviors of recurrent preterm labor among pregnant women after hospital discharge. *Journal of Nursing and Health Care*. 2019;37(2):93-102. (in Thai)
9. Kitima K. Effect of developing a surveillance and monitoring model for pregnant women at risk of preterm birth using a line application. *Phrae Medical Journal and Clinical Sciences* 2023;31(2):60-74. (in Thai)
10. Santhiri P, Srisong S, Pomprakai R, Permchat M. Development of the Nursing model for pregnant woman to prevent preterm labor. *Journal of Nursing and Health Care*. 2016;34(2): 164-73 (in Thai)
11. Raksatham C, Kasiphol T, Khungtumneam K. The Practiced Guideline for continuous care of pregnant women with preterm labor. *Royal Thai Army Nursing Journal*. 2018;19:348-56. (in Thai)