

การส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: บทบาทพยาบาล

ประไพรัตน์ แก้วศิริ*, ศิริภรณ์ เหมะจุลิน, พิมลพรรณ อ้นสุข, พรหมยุพา เนาว์ศรีสอน

กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม 48000

The Empowerment of Pregnant Women to Prevent the Risk of Preterm Labor: Nurse's Roles

Prapairot Kaewsiri*, Siriporn Hemadhulin, Pimonpan Ansook, Panyupa Naosrisorn

Department of Maternal - Child Nursing and Midwifery, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhonphanom University 48000

Received: 2 December 2019

Accepted: 3 February 2020

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้เกิดการตายปริกำเนิด ทพพลภาพ และสัมพันธ์ภาวะระหว่างบิดามารดาและทารกแรกเกิด เพราะทารกคลอดก่อนกำหนดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา และยังส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และระบบสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษา ยาวนานและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาค่อนข้างสูง บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอปัญหา ผลกระทบ และปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมศักยภาพ รวมถึงบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปพัฒนาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ: การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การคลอดก่อนกำหนด, ความเสี่ยงของเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การส่งเสริมศักยภาพ

Preterm labor is a major cause of birth of preterm infants which results in perinatal mortality, disabilities and the relationship between parents and newborns because preterm infants are at risk of both physical and intellectual complications. It also physically and mentally affects pregnant women. It also has an impact on family economy and the health care system as it requires long-term care and high cost. This article aims to present magnitude of problems, impact and risk factors of preterm labor, concepts of empowerment and nurse's roles in empowering pregnant women to prevent preterm labor. The results of the study could be developed as the guidelines for the care of pregnant women who are at risk of preterm labor.

Keywords: Preterm labor, Preterm birth, Risk of preterm labor, Empowerment

ศรีนครินทร์เวชสาร 2563; 35(2): 238-245. • Srinagarind Med J 2020; 35(2): 238-245.

บทนำ

ปัจจุบันการคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญด้านอนามัยแม่และเด็กในระดับประเทศ เพื่อลดปัญหาการคลอดก่อนกำหนด ประเทศไทยจึงได้พัฒนาแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2535-2539) จนถึงฉบับปัจจุบัน เพื่อลดอัตรา

การคลอดก่อนกำหนดดังนี้ เกณฑ์การคลอดทารกแรกคลอด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 ของทารกเกิด¹ และในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560 – 2564) ยังคงกำหนดเกณฑ์การคลอดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 เท่าเดิม² ในขณะที่ผลการดำเนิน

*Corresponding author : Prapairot Kaewsiri, Department of Maternal - Child Nursing and Midwifery, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhonphanom University, E-mail: pairatk@gmail.com

งานระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2560 พบอัตราการคลอดทารก น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 10.61, 11.08 และ 11.13 ของทารกเกิดมีชีพทั้งหมดตามลำดับ³ จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าอุบัติการณ์การคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า มาตรฐาน ยิ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 7 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ทำลายทรมานสุขภาพที่รับผิดชอบด้านอนามัยแม่และเด็ก ต้องการแนวทางในการป้องกันและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นภาวะที่สตรีมีการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ และก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ สำหรับในประเทศไทยที่พัฒนาแล้วให้ความหมายของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดว่าเป็นอาการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป ถึงก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ส่วนการคลอดก่อนกำหนด (Preterm delivery) เป็นการคลอดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป และคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์⁴ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมักใช้อาการทางคลินิกของสตรีตั้งครรภ์มาประกอบการวินิจฉัย ได้แก่ อาการเจ็บครรภ์คลอดที่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 6 ครั้งใน 60 นาที และปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่วัย 80 ขึ้นไป และ/หรือปากมดลูกมีการเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร⁵ ส่วนการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะคุกคาม เป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ร่วมกับการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ครั้ง ทุก 10 นาที โดยใช้เวลาตรวจอย่างน้อย 30 นาที แต่ยังไม่พบการเปิดของปากมดลูก หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้ปากมดลูกเปิดมากขึ้น และนำไปสู่การคลอดได้⁶

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50 – 80⁷ ตามสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้น เฉลี่ย 12 ล้านคน/ปี⁸ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 8-12 หรือประมาณ 80,000 รายต่อปี⁹ การคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดมักเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการตายของทารกได้ถึงร้อยละ 75 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของทารกคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะติดเชื้อในทางเดินอาหาร การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะช้ำ และเสียชีวิตในที่สุด⁴ นอกจากนี้ยังพบว่า 2 ใน 3 ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐานเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด³ ซึ่งทารกกลุ่มนี้เมื่อแรกคลอดต้องได้รับการดูแลรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 170,000 บาท/ราย และเมื่อประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดทั่วประเทศ พบว่าประเทศไทยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่า 2,300,000,000 บาท/ปี สำหรับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 15,000 ราย ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่อเนื่องหากทารกมีความพิการหรือพัฒนาการล่าช้า¹⁰

ผลกระทบของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1. ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์

1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เมื่อได้รับการรักษาด้วยยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกจะมีอาการข้างเคียง ทำให้เกิดอาการใจสั่น มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ กระวนกระวาย แน่นหน้าอก หายใจไม่สุด และอาจรุนแรงมากจนเกิดภาวะน้ำคั่งในปอด⁴ รวมถึงการถูกรบกวนการพักผ่อนจากการเจ็บครรภ์ เนื่องจากมีอาการเจ็บจากการหดตัวของมดลูก การตรวจ การรักษาและกิจกรรมทางการแพทย์ต่างๆ เช่น การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ การติดเครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูกและสุขภาพของทารกในครรภ์เป็นระยะเวลานานอย่างต่อเนื่องกัน

1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมักจะมีอารมณ์ไม่มั่นคง การรับรู้ลดลง หงุดหงิดง่าย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน มีความเครียดและวิตกกังวล บางรายมีภาวะซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยวและเบื่อหน่าย รู้สึกขัดแย้งในบทบาทของตนเองที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง¹¹

2. ผลกระทบต่อทารก

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50 – 80⁷ ถ้าอายุครรภ์ขณะที่ยังทารกคลอดก่อนกำหนดยิ่งน้อยโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนยิ่งมากขึ้น ทำให้ทารกมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 75 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 75 ของอัตราการตายปริกำเนิดเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด¹² การคลอดก่อนกำหนดก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของทารก จากการศึกษาที่ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเจริญไม่สมบูรณ์และไม่พร้อมที่จะทำงาน จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ได้แก่ ทารกมีภาวะหายใจลำบากเนื่องจากขาดสาร surfactant ในถุงลมปอด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กทารกที่คลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะติดเชื้อในทางเดินอาหาร การติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะช้ำ¹³

3. ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามหรือรู้สึกเป็นอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก สตรีตั้งครรภ์จะรู้สึกเครียดเนื่องจากต้องปรับตัวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ในบ้านได้เหมือนเดิม รวมทั้งสามีจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและความเครียดจากการดูแลรักษาซึ่งไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนเดิม ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างสตรีตั้งครรภ์และสามีลดลงในรายที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน สตรีตั้งครรภ์ต้องหยุดงานหรือออกจากงาน ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หาก

ทารกต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน พบว่าต้องใช้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 170,000 บาทต่อราย¹⁰

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1) ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

1.1 ประวัติการคลอดก่อนกำหนด (previous history of preterm delivery) เป็นปัจจัยทำนายการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยพบว่า ประวัติการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถึง 5.08 เท่าในครรภ์ปัจจุบัน¹⁴ ยังมีประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลายครั้ง จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมากขึ้น จากการศึกษาของ Soundarajan และคณะ ที่ศึกษาขย้อนหลังเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล Mirasudar ประเทศอินเดีย พบว่า มารดาที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 12.7; 95% CI 3.9-40.4)¹⁵

1.2 ประวัติการแท้งในไตรมาสที่ 2 มากกว่า 2 ครั้ง พบว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ต่อมาได้ โดยเฉพาะกรณีแท้งที่เกิดภาวะ cervical incompetence หรือมีประวัติการผ่าตัดที่บริเวณปากมดลูก จากการศึกษาของ Roozbeh และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในเมือง Hormozgan พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติการแท้งและไม่ได้วางแผนในการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.12; 95% CI 1.09-1.16)¹⁶

1.3 การตั้งครรภ์หลายครั้ง (grand multiparity) หรือเว้นระยะห่างการตั้งครรภ์แต่ละครั้งน้อยกว่า 18 เดือน ในการมีบุตรครั้งต่อไปทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ จากการศึกษาของ Warura และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล Kenyatta ประเทศเคนยา พบว่า การตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 4.709; 95% CI 1.143-19.407)

1.4 ประวัติการมีเลือดออกระหว่างการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา โดยเฉพาะภาวะรกเกาะต่ำหรือรกลอกตัวก่อนกำหนด และภาวะเส้นเลือดสายสะดือทอดผ่านทางคลอด จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำและการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่สูงขึ้นเป็น 2 เท่า¹⁸

2) ปัจจัยด้านบุคคล และวิถีในการดำเนินชีวิต

2.1 อายุ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีหรืออายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น จากการศึกษาของ Derakhshi และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในประเทศอิหร่าน พบว่า มารดาที่ตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (OR 0.706; 95% CI 0.4-1.246)¹⁹

2.2 ประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น จากการศึกษาการสูบบุหรี่ในสตรีตั้งครรภ์กับจำนวนการคลอดก่อนกำหนดในประเทศสวีเดน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ 1-9 มวนต่อวัน และมากกว่า 10 มวนต่อวัน มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.61; 95% CI 1.39-1.87 และ OR 1.91; 95% CI 1.53-2.39 ตามลำดับ)²⁰

2.3 ดัชนีมวลกายของสตรีก่อนตั้งครรภ์ พบผลการศึกษาของ Jam และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยด้านสตรีตั้งครรภ์ที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำจะมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)²¹

2.4 ปัจจัยด้านจิตใจ การเกิดภาวะเครียด เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดเรื้อรัง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ และมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดประมาณ 1.5 - 2 เท่า²²

2.5 ความผิดปกติทางกายวิภาคของมดลูกและปากมดลูก พบได้ร้อยละ 1-3 ซึ่งเป็นความผิดปกติแต่กำเนิดของมดลูกและปากมดลูก จากผลการศึกษาของ Halimi Asl และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องของการคลอดก่อนกำหนด พบว่า มารดาที่มีความผิดปกติของมดลูก และมารดาที่มีภาวะปากมดลูกปิดไม่สนิท มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.034$ และ 0.001 ตามลำดับ²³

2.6 การมีโรคประจำตัว สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ จะมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น จากการศึกษาขย้อนหลังเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล Mirasudar ประเทศอินเดีย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 4.40; 95% CI 2.20-8.81, OR 2.41; 95% CI 1.09-5.32 และ OR 1.69; 95% CI 1.14-2.49 ตามลำดับ)¹⁵ และผลการศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางกับการคลอดก่อนกำหนด พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.65; 95% CI 1.31-2.08)²⁴

2.7 การทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานหลายชั่วโมง หรือการออกกำลังกายหนักมากเกินไปอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งการศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ประกอบอาชีพทำสวน ทำไร่ รับจ้างมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าสตรีที่ไม่ได้ทำงาน 0.108 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁵

3) การตั้งครรภ์ปัจจุบัน

3.1 การตั้งครรภ์แฝด ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการยืดขยายมาก (uterine overdistension) เป็นสาเหตุสำคัญของ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบได้ประมาณร้อยละ 2-3 ของการคลอดทั้งหมด และพบว่าร้อยละ 50 ของครรภ์แฝดจะคลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาของ วิลเลียมส์ วิศวไพศาล และคณะ พบว่าการตั้งครรภ์แฝดสามารถทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ได้²⁶

3.2 การมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ มีการศึกษาพบว่า การมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะน้ำตาลก่อนการเจ็บครรภ์และการมีน้ำตาลน้อย สามารถทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ได้^{14, 26} และพบว่าภาวะน้ำตาลก่อนการเจ็บครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 4.059; 95% CI 1.974–8.349)¹⁶

3.3 ความผิดปกติของทารกในครรภ์ เช่น ภาวะ hydrops fetalis ทารกพิการแต่กำเนิดมีความพิการที่ไต ผื่นงูน้ำท้องผิดปกติ หรือเสียชีวิตในครรภ์ เป็นสาเหตุของการเกิด การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น จากการศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องของการคลอดก่อนกำหนดในภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ พบว่า ทารกในครรภ์ที่มีความผิดปกติมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 3.6; 95% CI 1.1–11.2)²³

3.4 การมาฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่มาฝากครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและอาจเกิดภาวะโภชนาการไม่ดี ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์²⁷

4) การติดเชื้อ

การติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สตรีตั้งครรภ์ที่มี bacterial vaginosis จะมีความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น⁵ จากการศึกษาของ Warura พบว่า การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.925; 95% CI 1.085–3.414)¹⁷ และผลการศึกษาอื่นหลังเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด พบว่า มารดาที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในช่วงอายุครรภ์ 26-30 สัปดาห์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.8; 95% CI 1.0-3.2 ที่ $p < 0.04$)¹⁵

จากที่กล่าวมา จะพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีปัจจัยเสี่ยงหลากหลายปัจจัย ถือเป็นความท้าทายที่สุขภาพและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันวางแผนวิเคราะห์ปัญหาและและปรับกลยุทธ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้มาตรฐานรวมถึงการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ให้มีความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เพื่อให้ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายตามที่กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมศักยภาพ

การส่งเสริมศักยภาพเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างให้บุคคลค้นพบปัญหาและความต้องการของตนเองภายใต้แนวคิด

ที่เชื่อว่าแต่ละบุคคลมีความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเองโดยใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ บุคคลจึงรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองที่สามารถควบคุมชีวิตตนเองได้²⁸ การส่งเสริมศักยภาพทางสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่ช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคคลครอบครัว ชุมชน ให้สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ และดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ²⁹

การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นพลวัตที่เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ซึ่งสะท้อนถึงควมมีคุณภาพและเอกลักษณ์ของบุคคล จากการศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้รับบริการพบรูปแบบกระบวนการส่งเสริมศักยภาพหลากหลายรูปแบบ แต่ในบทความนี้ขอเสนอแนวคิดการส่งเสริมศักยภาพตามแนวคิดของ Gibson³⁰ ซึ่งสรุปได้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสถานการณ์จริง (discovering reality) เป็นการที่บุคคลทำความเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพจริง โดยมีการตอบสนอง 3 ด้าน คือ 1) การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional response) จะรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ภาวะวุ่นวาย กลัว โกรธ ความรู้สึกดังกล่าวก่อเกิดจากการไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ จากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลทำให้บุคคลคิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ถ้าบุคคลมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสที่จะมีอาการดีขึ้นได้ บุคคลจะพยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้อาการดีขึ้นได้ 2) การตอบสนองทางพฤติกรรม (behavioral responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนปรับเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกจะสามารถแก้ไขปัญหาทุกอย่างได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) เป็นการทบทวน สถานการณ์อย่างรอบคอบ คิดวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกรับรู้ศักยภาพในการควบคุมตนเอง (sense of personal control) ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ได้ จะทำให้รู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด เกิดการยอมรับตนเอง (self-determination) ในขั้นตอนนี้ทีมพยาบาลและผู้รับบริการต้องร่วมกันหาข้อมูล พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมกันตัดสินใจหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้าง

ศักยภาพในขั้นตอนนี้พยาบาลและผู้รับบริการจะร่วมมือเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ไปปฏิบัติแล้วสำเร็จ จะรู้สึกมีศักยภาพมั่นใจ มีความสามารถและถือว่าการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การแก้ปัญหาสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การส่งเสริมศักยภาพทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่มีความเชื่อมโยงและมีความต่อเนื่องกัน การที่บุคคลจะผ่านแต่ละขั้นตอน บุคคลต้องมีพลังใจ พลังความคิด จากปัจจัยต่างๆ มาช่วยกันสร้างเสริมแรงใจ ให้บุคคลรู้สึกมั่นใจที่จะแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ พรหมทิพา บัวคล้าย และคณะ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่มีเด็กติดผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิง จำนวน 30 ราย พบว่า การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01, 0.01$ และ 0.05 ตามลำดับ)³¹

สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามี ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนในการคลอดก่อนกำหนดและสามีที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 116 คู่ โดยแบ่ง เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) จำนวนการคลอดก่อนกำหนดและจำนวนการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$)³²

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

พยาบาลสามารถนำแนวคิดการส่งเสริมศักยภาพของ Gibson³⁰ มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งก่อนจะเริ่มขั้นตอนที่ 1 พยาบาลควรเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับสตรีตั้งครรภ์เพื่อสร้างความคุ้นเคยให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ เนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาอันส่งผลต่อความร่วมมือที่ดียิ่งขึ้น³³ หลังจากนั้นจึงเริ่มขั้นตอนการส่งเสริมศักยภาพ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสถานการณ์จริง โดยพยาบาลเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสในการพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน กระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพจริง ทำความเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของตนเองโดยกระตุ้นสตรีตั้งครรภ์วิเคราะห์ปัญหา ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุและผลกระทบของการคลอด

ก่อนกำหนด แล้วร่วมกันสรุปผลการค้นหาสถานการณ์จริง

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการฝึกสตรีตั้งครรภ์ให้มีทักษะการทำความเข้าใจกับสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อให้ตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ และแสวงหาทางเลือกเพื่อจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยให้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและร่วมวิเคราะห์ สรุปปัญหาและแนวทางป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ เมื่อสตรีตั้งครรภ์ผ่านการฝึกทักษะการทำความเข้าใจกับสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พยาบาลต้องให้ความรู้ คำแนะนำ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์มีส่วนร่วมรับผิดชอบตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุดกับตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เป็นการเพิ่มขีดความสามารถและการรับรู้คุณค่าในตนเอง เปิดโอกาสให้ซักถามและสนับสนุนให้ปฏิบัติ ซึ่งความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่

3.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นหัวข้อสำคัญที่สตรีตั้งครรภ์จำเป็นต้องทราบ เพราะเป็นสัญญาณอันตรายที่สตรีตั้งครรภ์ต้องรีบมาพบแพทย์ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักและเข้าใจความสำคัญของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ เพื่อให้แพทย์สามารถวินิจฉัยและรักษาได้ทันเวลา³⁴

3.2 การแนะนำการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยพยาบาลอาจพัฒนาเป็นคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีขนาดเล็ก มีเนื้อหากระชับ อ่านเข้าใจง่าย หรือพัฒนาสื่อให้ความรู้ในหลากหลายรูปแบบเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้อ่านทบทวนความรู้ การให้คู่มือป้องกันการคลอดก่อนกำหนดกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเข้าใจสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและจดจำได้มากขึ้น เพราะสื่อการเรียนการสอนที่เป็นคู่มือเอกสารต่างๆ จัดเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น การอ่านคู่มือทบทวนซ้ำๆ หลายครั้งช่วยให้ความจำดีขึ้น ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด³²

3.3 การฝึกให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตและประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองช่วยให้สามารถค้นพบการหดตัวของมดลูก ซึ่งเป็นอาการแสดงสำคัญของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การหดตัวของมดลูกที่ไม่ได้รับการรักษาอาจพัฒนาเป็นภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมาได้¹² จากการศึกษาของสุพิศรา ปิ่นแก้วและคณะ ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

และอัตราการคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเข้ารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 116 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย การให้ความรู้ การติดตามการหดตัวของมดลูกร่วมกับการติดตามดูแลของพยาบาลทุก 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองร้อยละ 7.1 ขณะที่พบในกลุ่มควบคุมร้อยละ 20.0³⁵

3.4 การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นการติดตามประเมินผลการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเน้นย้ำให้สตรีตั้งครรภ์ทบทวนความรู้โดยเฉพาะอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาของ Moore และคณะ พบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมถึงร้อยละ 34³⁶ และมีผลการศึกษา พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ มีอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองร้อยละ 7.1 ขณะที่พบในกลุ่มควบคุมร้อยละ 20.0³⁵

3.5 การแนะนำการมาตรวจครรภ์ตามนัด โดยเน้นให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญของการมาตรวจครรภ์ตามวันนัด กรณีสตรีตั้งครรภ์ไม่มาตามนัด พยาบาลควรติดตามเพื่อหาสาเหตุหรือปัญหาอุปสรรคที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่มาตรวจครรภ์ตามนัดเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือ รวมถึงกรณีที่สตรีตั้งครรภ์มีอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแนะนำให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ หากสตรีตั้งครรภ์นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติแล้วเกิดปัญหา ทั้งพยาบาลและสตรีตั้งครรภ์ร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหา เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความมั่นใจและมีศักยภาพที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งขั้นตอนนี้แบ่งเป็น 2 กรณีได้แก่

4.1) กรณีสตรีตั้งครรภ์เคยมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจนไม่มีอาการเจ็บครรภ์ การวางแผนจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ออกจากโรงพยาบาลพยาบาลต้องประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง อาจใช้วิธีติดตามเยี่ยมที่บ้านหรือโทรศัพท์เพื่อทบทวนความรู้ สอบถามปัญหาและการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม แนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหากปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม และเน้นย้ำการมาฝากครรภ์ตามนัด

4.2) กรณีสตรีตั้งครรภ์ไม่เคยมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระยะเวลาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล พยาบาลควรสร้างสัมพันธ์ภาพกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประเมินผลการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและกล่าวชมเชยหากปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติมหากมีข้อสงสัย ซึ่งในขั้นตอนสุดท้ายนี้สตรีตั้งครรภ์จะมี

ความเชื่อใจในตนเองมากขึ้น เปิดใจยอมรับได้ว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขด้วยตนเอง นั้นแสดงให้เห็นถึงสตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในการมีศักยภาพในการจัดการกับภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมากขึ้น

สรุป

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถือเป็นปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ การลดอุบัติการณ์การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทำได้โดยการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อจะได้ให้การพยาบาลที่เหมาะสมในรายที่มีภาวะเสี่ยง ถือเป็น การป้องกันก่อนที่จะเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยพยาบาลสามารถนำหลักการส่งเสริมศักยภาพทั้ง 4 ขั้นตอนมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงกลุ่มนี้ได้เนื่องจากการส่งเสริมศักยภาพเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล แต่ละขั้นตอนมีความต่อเนื่องกันเมื่อสตรีตั้งครรภ์สามารถผ่านทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเองและรู้สึกมีส่วนร่วมซึ่งจะนำไปสู่การมีผลลัพธ์ของกระบวนการส่งเสริมศักยภาพในทางบวก นั่นคือ อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดลดลง ลดอันตราย และภาวะแทรกซ้อน รวมถึงอัตราการตายและทุพพลภาพของทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539), ส่วนที่ 4 แผนงาน/โครงการจำแนกตามสาขา: ส่งเสริมสุขภาพควบคุมและป้องกันโรค: คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ด้านสาธารณสุข. (อินเทอร์เน็ต). [เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://www.Nesdb.go.th>ewt_dl_ link.pdf.
2. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559.
3. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2560.
4. วรพงศ์ ภู่งศ์. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน: วรพงศ์ ภู่งศ์, บรรณาธิการ. การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ จำกัด, 2555: 101-17.
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse D J, Spong CY. William obstetrics. 23nded. New York: Mc GRAW- Hill, 2010.
6. สายฝน ชาวาลไพบูลย์. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สาเหตุและการป้องกันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (อินเทอร์เน็ต). เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด; 2559. [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tmchnetwork.com/node 2559>.

7. ขนนทร์ วนาภิรักษ์, ชีระ ทองสง. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน: ชีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 5. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2555: 221-28.
8. World Health Organization [Internet]. World Prematurity Day 2012 (Publication No. 20121117); 2012. [Cited September 18, 2019]. Available from: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121117_world_prematurity_day/en/index1.html.
9. จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน: คมสันต์ สุวรรณฤกษ์ และเดวิด พงศ์โรจน์เฝ้า, บรรณาธิการ. ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดีสมุทรสาคร, 2554: 218-31.
10. ธราธิป โคละทัต. ทารกเกิดก่อนกำหนด: สถานการณ์ปัจจุบันและผลกระทบ. ใน: ธราธิป โคละทัต, บรรณาธิการ. การบูรณาการระบบดูแลสุขภาพมารดาและทารก. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน), 2551: 39-46.
11. Weiss ME, Saks NP, Harris S. Resolving the uncertainty of preterm symptoms: Women's experiences with the onset of preterm labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31: 66-76.
12. สายฝน ขวาลไพบูลย์. ตำราคลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลิฟวิ่งจำกัด, 2553.
13. วรพงศ์ ภูพงค์. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน: เยื่อน ต้นนิรันดร์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2551: 42-60.
14. ประไพรัตน์ แก้วศิริ, ตรีนุช คำทะเนตร, ดารุณีย์ สวัสดิ์โชติดี. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดนครพนม. *วารสารกองการพยาบาล* 2562; 46: 73-87.
15. Soundarajan P, Muthuramu P, Veerapandi, Mariappan R. Retrospective study factors related to preterm birth in Government Raja Mirasudar hospital and obstetric and perinatal outcome. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2016; 5: 3006-10.
16. Roozbeh N, Moradi S, Soltani S, Zolfizadeh F, Hasani MT, Yabandeh AP. Factors associated with preterm labor in Hormozgan province in 2013. *Electron Physician* 2016; 8: 2918-23.
17. Warura P, Wasunna A, Wamalwa D, Nganga P. Prevalence and factors associated with preterm birth at Kenyatta national hospital. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; 18: 107.
18. Vahanian SA, Lavery JA, Ananth CV, Vintzileos A. Placental implantation abnormalities and risk of preterm delivery: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213 (4 suppl): S78-90.
19. Derakhshi B, Esmailnasab N, Ghaderi E, Hemmatpour S. Risk Factor of Preterm Labor in the West of Iran: A Case-Control Study. *Iran J Public Health* 2014; 43: 499-506.
20. Dahlin S, Gunnerbech A, Wikstrom AK, Cnattingius S, Edstedt Bonamy AK. Maternal tobacco use and extremely premature birth – a population-based cohort study. *BJOG* 2016; 123: 1938-46.
21. Jam H, Matin S, Saremi A, Pooladi A. Maternal Factors of Preterm Labor. *Sarem Journal of Reproductive Medicine* 2019; 3: 19-23.
22. Shapiro GD, Fraser WD, Frasch MG, Seguin JR. Psychosocial stress in pregnancy and preterm birth: associations and mechanisms. *Journal of Perinatal Medicine* 2013; 41: 631-45.
23. Halimi Asl AA, Safari S, Parvareshi Hamrah M. Epidemiology and Related Risk Factors of Preterm Labor as an obstetrics emergency. *Emerg(Tehran)* 2017; 5: e3.
24. Rahmati S, Azami M, Badfar G, Parizad N, Sayehmiri K. The relationship between maternal anemia during pregnancy with preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2019. [Cited September 18, 2019]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2018.1555811?scroll=top&needAccess=true>
25. วิทยา ธรรมเจริญ, นิตศันย์ เจริญงาม, ญาติติติก โขติติก. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. *วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)* 2561; 10: 188-200.
26. วิไลรัตน์ วิทิวไพศาล, บุญช่วย ศรีธรรมศักดิ์, สาธิษฐ์ นากกระแสร. ปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2559; 8: 83-90.
27. Muniyar N, Kamble V, Kumar S. IUGR Pregnancies - Feto-Maternal Outcome. *Gynecol Obstet* 2017; 7: 1-3.
28. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs* 1991; 16: 354-61.
29. กุณนี พุ่มสงวน. การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ : บทบาทที่สำคัญของพยาบาล Health Empowerment: Nurses' Important Role. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2557; 15: 86-90.
30. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs* 1995; 21: 1201-10.
31. พรรณทิพา บัวคล้าย, ประทุมมา ฤทธิ์โพธิ์, ทฤษฎา อินทร์แก้ว. ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจในตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่มีเด็กติดผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิง. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา* 2562; 20: 28-39.
32. ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา, กาญจนา สมบัติศิรินันท์. ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอด ก่อนกำหนดและสามต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรก เกิดน้ำหนักน้อย. *วารสารสภาการพยาบาล* 2559; 31: 67-82.

33. รัชณี ปานเพชร, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2553; 24: 94-107.
34. Freda MC. Nursing's contribution to the literature on preterm labor and birth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003; 32: 659-67.
35. สุพัตรา ปิ่นแก้ว, เอมพร รตินรร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, วิบูลย์ เรืองชัยนิคม. ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2557; 22: 58-71.
36. Moore ML, Meis PJ, Ernest JM, Wells HB, Zaccaro DJ, Terrell T. A Randomized trial of nurse intervention to reduce preterm and low birth weight births. Obstet Gynecol 1998; 91: 656-61.

SMJ