การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

Development of a Surveillance Model for Preterm Birth among Pregnant Women in a Community Hospital Context.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

ประวินา ปะตา[1] สุธัญญา โสภา[1] ศิริลักษณ์ วรรณปะโพธิ์[1] อนุชา ไทยวงษ์[1] วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์[1]

Prawina Pata[1] Suthanya Sopha[1] Sirilak Wannapapho[1] Anucha Thaiwong[1] Wilailak Phueakphan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบฯและประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็ม ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart มีส่วนร่วมในการวิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 68 คน ประกอบด้วย หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง 16 คน สามีหรือญาติผู้ดูแล 16 คน และบุคลากรทีมสุขภาพ 36 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความเสี่ยง แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์ก่อนการพัฒนามีปัญหาด้านสมรรถนะบุคลากร ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ระบบสื่อสารและส่งต่อ และแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังที่ไม่ครอบคลุม 2) การพัฒนารูปแบบผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ทำให้ได้ STRICT Preterm Nachuak Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรองและค้นหาความเสี่ยง การดูแลรักษา การส่งต่อ นวัตกรรมสนับสนุนบริการ การให้คำปรึกษา และการทำงานเป็นทีม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว 3) ผลการประเมินพบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยรายปี พ.ศ. 2565–2566 เท่ากับร้อยละ 10.32 ลดลงเหลือร้อยละ 3.75 ในปี พ.ศ. 2567 หรือลดลง 6.57 จุดร้อยละ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง 16 ราย สามารถยับยั้งการคลอดได้ในช่วงที่ได้รับการดูแล 7 ราย (ร้อยละ 43.75) ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย 6 ราย (ร้อยละ 37.50) โดยมี 3 รายในกลุ่มส่งต่อคลอดครบกำหนด หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.06 จาก 12 คะแนน (ร้อยละ 92.19) บุคลากรมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางในระดับสูง (Mean = 1.93, S.D. = 0.23) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด (Mean = 4.30, S.D. = 0.59)

คำสำคัญ : การคลอดก่อนกำหนด, การเฝ้าระวัง, หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This action research aimed to study the situation, develop a model, and evaluate a surveillance model for preterm birth among pregnant women at Na Chueak Hospital, Maha Sarakham Province. The study was conducted from September 2023 to August 2024, applying Orem's theory in conjunction with the action research process of Kemmis and McTaggart. A purposive sample of 68 participants was selected, comprising 16 high-risk pregnant women, 16 husbands or caregiver relatives, and 36 healthcare team members. Research instruments included interview forms, general information questionnaires, knowledge assessment forms, risk assessment forms, guideline adherence assessment forms, and satisfaction assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The research results revealed that: 1) The pre-development situation involved issues regarding personnel competency, pregnant women's knowledge, and communication and referral systems. ...and surveillance practices that lacked comprehensiveness. 2) Model development via a two-cycle action research process resulted in the "STRICT Preterm Nachuak Model," comprising six components: risk screening and identification, care and treatment, referral, service-supporting innovation, counseling, and teamwork;

[1] โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

Orem's theory was applied to promote self-care and family participation. 3) Evaluation results showed that the average annual preterm birth rate was 10.32% during 2022–2023, decreasing to 3.75% in 2024—a reduction of 6.57 percentage points. Among 16 high-risk pregnant women, preterm labor was successfully inhibited in 7 cases (43.75%) during the care period, while 6 cases (37.50%) were referred to a hub hospital (with 3 of the referred cases eventually delivering at full term). Pregnant women achieved an average knowledge score of 11.06 out of 12 (92.19%). Staff demonstrated a high level of adherence to the guidelines (Mean = 1.93, S.D. = 0.23) and reported the highest level of satisfaction with the model (Mean = 4.30, S.D. = 0.59).

Keywords : Preterm birth, surveillance, pregnant women

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญด้านอนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และความพิการของทารกแรกเกิดตลอดจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดา ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีทารกคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกประมาณ 13.4 ล้านราย หรือประมาณ 1 ใน 10 ของทารกเกิดมีชีพทั้งหมด[1] โดยการคลอดก่อนกำหนดหมายถึงการคลอดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ ซึ่งทารกมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว[2] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างปี พ.ศ. 2564–2566 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.51, 12.58 และ 12.37 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาดังกล่าวยังจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560–2569) ที่มุ่งส่งเสริมการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างปลอดภัย รวมทั้งแนวทางองค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์รับบริการฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้ง เพื่อเพิ่มโอกาสในการค้นหาความเสี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อน[3] การคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ประวัติคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์แฝด ภาวะติดเชื้อ โรคประจำตัว ภาวะโลหิตจาง โภชนาการไม่เหมาะสมและพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของจุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ เสนอรูปแบบการพยาบาลที่เน้นการดูแลตามมาตรฐาน การประสานทีมสหวิชาชีพ และการติดตามหลังจำหน่าย และพบว่ารูปแบบการพยาบาลที่ประกอบด้วยการคัดกรองความเสี่ยง การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย การติดตามต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของครอบครัว สามารถลดอุบัติการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [4]สอดคล้องกับบุศรินทร์ เขียนแม้น และคณะ ที่พบว่ารูปแบบการพยาบาลช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและการคลอดครบกำหนด[5] และธรรมวรรณ์ บูรณสรรค์[6] ที่ พบว่า การวางแผนจำหน่ายและติดตามต่อเนื่องช่วยส่งเสริมการคลอดครบกำหนดและลดการกลับมารักษาซ้ำ ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนความสำคัญของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่มีมาตรฐานและการดูแลอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะคลอด โดยมีข้อจำกัดด้านบุคลากรเฉพาะทางและทรัพยากรทางการแพทย์ รวมทั้งต้องส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนไปยังโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งอยู่ห่างประมาณ 60 กิโลเมตร จากข้อมูลผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.81, 10.11 และ 10.52 ตามลำดับ ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 9 พบหญิง

ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงหรืออาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมารับบริการที่ห้องคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.81, 19.10 และ 20.83 ตามลำดับ และมีอัตราการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมหาสารคามร้อยละ 4.16, 6.70 และ 8.10 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันเวลา

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และทบทวนกระบวนการดูแล พบว่าหญิงตั้งครรภ์บางราย โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก ขาดความรู้และประสบการณ์ในการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้เข้ารับบริการล่าช้า ขณะที่ระบบบริการเดิมยังมุ่งเน้นการดูแลรักษาเมื่อเกิดอาการมากกว่าการป้องกันและเฝ้าระวังเชิงรุก การคัดกรองและจำแนกระดับความเสี่ยงยังไม่เชื่อมโยงกับแผนการพยาบาลรายบุคคลอย่างเป็นระบบ แนวปฏิบัติและการติดตามดูแลมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ของบุคลากร รวมทั้งการประสานข้อมูลระหว่างคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด และเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนยังไม่ต่อเนื่องตลอดจนขาดกระบวนการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยง ปัญหาดังกล่าวสะท้อนถึงช่องว่างของระบบบริการ (Service Gap) ที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีมาตรฐานและเชื่อมโยงการดูแลอย่างต่อเนื่อง การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดเชิงรุก (Proactive Surveillance Model) โดยปรับระบบบริการจากการดูแลเมื่อเกิดอาการไปสู่การค้นหาและจัดการความเสี่ยงตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ครอบคลุมการคัดกรองและจำแนกระดับความเสี่ยง การวางแผนการพยาบาลรายบุคคล การส่งเสริมความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว การติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และการประสานส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการวิเคราะห์ปัญหา พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จัดการดูแลรายบุคคล ประสานทีมสหวิชาชีพ นิเทศติดตาม และประเมินผลลัพธ์เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

จากสถานการณ์และช่องว่างของระบบบริการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis และ McTaggart[7] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกตผล (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting) ผ่านการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบคัดกรองเฝ้าระวัง ติดตาม และส่งต่อที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม โดยมุ่งหวังให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการค้นหาและดูแลอย่างรวดเร็ว มีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา ลดโอกาสเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก ตลอดจนยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และสามารถขยายผลสู่เครือข่ายบริการสุขภาพที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลนาเชือก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลนาเชือก
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลนาเชือก

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory)[8] เน้นระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้อาการเตือน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[7] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) หรือ PAOR เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกและการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพ

พื้นที่และระยะเวลาการวิจัย ดำเนินการในโรงพยาบาลนาเชือกและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 แห่ง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 12 เดือน

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ **กลุ่มที่ 1 หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว จำนวน 32 คน** ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด มีประวัติเคยมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน (Admit) ที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลนาเชือก จำนวน 16 คน และสามีหรือญาติผู้ดูแล จำนวน 16 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ 0 วัน ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน เคยได้รับบริการฝากครรภ์ สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ มีสามีหรือญาติผู้ดูแลที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่อง และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยฝากครรภ์ หรือมีโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยสูติแพทย์เฉพาะทางและฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไทรอยด์ รวมถึงหญิงตั้งครรภ์หรือผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการวิจัยได้ **กลุ่มที่ 2** บุคลากรทีมสุขภาพ จำนวน 36 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด 7 คน พยาบาลวิชาชีพงานฝากครรภ์ 5 คน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 12 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาเชือก มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการคัดกรอง เฝ้าระวัง ดูแล ส่งต่อหรือติดตามหญิงตั้งครรภ์ อย่างน้อย 1 ปี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ บุคลากรที่ไม่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการวิจัยหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งได้รับการคุ้มครองสิทธิและการรักษาความลับของข้อมูล โดยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรับบริการหรือการปฏิบัติงานตามปกติ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา (กันยายน 2566) ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและรายงานสถิติงานฝากครรภ์และห้องคลอด ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 โดยวิเคราะห์อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด การมารับบริการของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง อาการแสดง การเข้าถึงบริการ และการส่งต่อ

โรงพยาบาลแม่ข่าย ร่วมกับการประเมินความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ตลอดจนการประชุมกลุ่มทีมสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ปัญหาด้านบุคลากร ผู้รับบริการ ระบบสื่อสาร และแนวปฏิบัติเดิม นำข้อมูลมากำหนดเป้าหมายและวางแผนพัฒนาระบบบริการร่วมกัน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนด (ตุลาคม 2566 – สิงหาคม 2567) ใช้กระบวนการ PAOR จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้ **ครั้งที่ 1 (**ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567) มุ่งพัฒนาระบบบริการและสมรรถนะของบุคลากร โดยจัดประชุมทีมสหวิชาชีพ พัฒนาความรู้และทักษะการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนด จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG Preterm Labor) แนวทางการดูแลตามแผนการรักษา (Standing Order) แบบบันทึกการพยาบาล และผังการดูแล (Preterm Flowchart) พัฒนาระบบคัดกรองความเสี่ยงและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์จากงานฝากครรภ์สู่ห้องคลอด จัดทำช่องทางปรึกษาสูติแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคามผ่านกลุ่ม LINE และกำหนดพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดโดยเฉพาะ พร้อมพัฒนารูปแบบ STRICT Preterm Nachuak Model **ครั้งที่ 2** (เมษายน – สิงหาคม 2567) นำผลสะท้อนจากวงรอบแรกมาปรับปรุงระบบเฝ้าระวังเชิงรุก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[8] เน้นการส่งเสริมความรู้ การสังเกตอาการเตือน การให้คำปรึกษารายบุคคล และการมีส่วนร่วมของครอบครัว พร้อมพัฒนาระบบช่องทางด่วนสัญลักษณ์เตือนความเสี่ยงในสมุดฝากครรภ์ และช่องทางปรึกษาผ่าน LINE OA และ 1669 รวมทั้งเชื่อมโยงการดูแลกับพยาบาล รพ.สต. และ อสม. โดยเยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายในรายที่ยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ และติดตามทางโทรศัพท์หรือ LINE ทุก 1–2 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการและการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปใช้และประเมินผล นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผลด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนด การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง การเข้าถึงบริการ และความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งสรุปผลจากการติดตามและสะท้อนความคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วม เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบบริการให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ชุด ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ทีมสุขภาพ มีจำนวน 2 ข้อ เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นในการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนด และแบบสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ มีจำนวน 3 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้สาเหตุ อาการเตือน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการตั้งครรภ์ ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติสูติกรรม และปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 ข้อ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ลักษณะคำตอบแบบใช่–ไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 0–20 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงการมีความรู้ในการดูแลตนเองระดับสูง 4) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด อ้างอิงจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก พ.ศ. 2565 5) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วน 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางส่วน (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) คะแนนรวม 0–20

คะแนน และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงพึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก และการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) กำหนดเกณฑ์ยอมรับตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลการตรวจสอบในตัวอย่างสมมติได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้ 2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่ใช่ผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 30 คน โดยตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนด จำนวน 12 ข้อ ด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นตัวอย่างเท่ากับ 0.82 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง จำนวน 10 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นตัวอย่างเท่ากับ 0.88 และ 0.91 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ 0.70 ส่วนแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ตรวจสอบความชัดเจนและความเหมาะสมของข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต การประชุมกลุ่ม และการสะท้อนผล โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ EC 2566-028 ลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2566 และต่ออายุการรับรองเลขที่ EC 2567-014 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2567 โดยคำนึงถึงสิทธิ ความสมัครใจ ความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 เท่ากับร้อยละ 10.81, 10.11 และ 10.52 ตามลำดับ ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 9 ทั้งสามปี ขณะที่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมารับบริการที่ห้องคลอดร้อยละ 19.81, 19.10 และ 20.83 ตามลำดับ ส่วนอัตราการส่งต่อโรงพยาบาลมหาสารคามมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.16, 6.70 เป็นร้อยละ 8.10 สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด และยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด จำนวน 59 ราย มีอาการเจ็บครรภ์หรือท้องปั้นแข็งมากที่สุด จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.20 รองลงมาคือ มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด จำนวน 17 ราย ร้อยละ 28.81 มีน้ำเดินร่วมกับเจ็บครรภ์ จำนวน 12 ราย ร้อยละ 20.34 และมีอาการปวดหน่วงท้องน้อยหรือปัสสาวะแสบขัดโดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ จำนวน 11 ราย ร้อยละ 18.64 ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นความหลากหลายของอาการเตือน ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาระบบคัดกรองและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์อย่างครอบคลุม

จากการทบทวนกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

ของแผนกห้องคลอดและแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนาเชือก ร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพและภาคีเครือข่าย พบปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ดังนี้ **1) ด้านบุคลากรทีมสุขภาพ** พบว่าบุคลากรมีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะในการดูแลและเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกัน ส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมและขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมกัน **2) ด้านหญิงตั้งครรภ์** พบว่าหญิงตั้งครรภ์บางรายมีภาวะเสี่ยงและอาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด เช่น น้ำเดิน มูกเลือดออกทางช่องคลอด ท้องปั้นแข็ง ปวดหน่วงท้องน้อย และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนและการดูแลตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ ส่งผลให้บางรายเข้าถึงบริการล่าช้าและไม่สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จ **3) ด้านการสื่อสารและประสานข้อมูล** พบว่าการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาระหว่างแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และเครือข่ายบริการสุขภาพยังไม่ครบถ้วนและต่อเนื่อง ระบบการให้คำปรึกษาขาดผู้รับผิดชอบและช่องทางติดต่อที่ชัดเจน สะดวก และรวดเร็ว รวมทั้งการประสานข้อมูลและเชื่อมโยงการดูแลระหว่างหน่วยบริการยังไม่มีแนวทางปฏิบัติร่วมกันอย่างเป็นระบบ **4) ด้านระบบและแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังเดิม** พบว่าแนวปฏิบัติมีความซับซ้อน ไม่สะดวกต่อการนำไปใช้ในสถานการณ์เร่งด่วน และยังไม่ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง การใช้เครื่องมือคัดกรองและการบันทึกข้อมูลยังไม่ครบถ้วน รวมทั้งขาดแนวปฏิบัติร่วมในการเฝ้าระวัง ดูแลและติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงระหว่างโรงพยาบาลนาเชือกกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากปัญหาทั้ง 4 ด้าน ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพได้นำข้อค้นพบไปวิเคราะห์และกำหนดแนวทางพัฒนาระบบบริการ เพื่อแก้ไขช่องว่างของการคัดกรอง การเฝ้าระวัง การเข้าถึงบริการ และการดูแลต่อเนื่อง อันนำไปสู่การพัฒนารูปแบบ ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนาเชือก

2. ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) โดยดำเนินการพัฒนา 2 วงรอบ ภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อปรับปรุงระบบเฝ้าระวังให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้

ครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567)

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลงานห้องคลอด พยาบาลงานฝากครรภ์ พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ และเจ้าหน้าที่ห้องบัตร เพื่อทบทวนสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ปัญหาและช่องว่างของระบบบริการเดิม และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การเพิ่มสมรรถนะบุคลากร การจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งการพัฒนาระบบประสานงานและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Act) ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพดำเนินการพัฒนาระบบบริการตามแผน โดยจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดแก่แพทย์และพยาบาล รวมทั้งพัฒนาความรู้แก่เจ้าหน้าที่ด่าน

หน้าเกี่ยวกับช่องทางการให้บริการและการเคลื่อนย้ายหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอย่างรวดเร็ว จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG Preterm Labor) แผนการรักษา (Standing Order) แนวทางบันทึกการพยาบาล (Standard Nursing Note) และผังการดูแล (Preterm Flowchart) ให้ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองที่แผนกฝากครรภ์ การประเมินเมื่อมาถึงห้องคลอด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Lab Preterm, UA และ CBC ตามข้อบ่งชี้ ตลอดจนการประสานแพทย์เวรเพื่อวางแผนดูแลรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ได้กำหนดพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนด (Miss Preterm) พัฒนาระบบปรึกษาสูติแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคามผ่านกลุ่ม LINE LR MSKH และช่องทางสื่อสารระหว่างงานห้องคลอด งานฝากครรภ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งเริ่มพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการเฝ้าระวัง ได้แก่ สัญลักษณ์เตือนความเสี่ยงในสมุดฝากครรภ์ และชุดรวบรวมแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลภาวะคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้บุคลากรสามารถประเมินความเสี่ยงและดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างเป็นระบบ ขั้นที่ 3 การสังเกตผล (Observe) ผู้วิจัยติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การทบทวนกระบวนการดูแล และการสะท้อนปัญหาจากผู้ปฏิบัติงาน พบว่า แม้การพัฒนาระบบในระยะแรกทำให้บุคลากรมีแนวทางการดูแลและการประสานงานที่ชัดเจนขึ้น แต่ยังพบปัญหาและช่องว่างของระบบบริการที่สำคัญ ได้แก่ การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะการประเมินภาวะติดเชื้อและประวัติการใช้สารเสพติด หญิงตั้งครรภ์บางรายขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและมารับบริการล่าช้า พบผู้ป่วยบางรายมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนมารับบริการเป็นเวลานานหรือมีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการระบบติดตามหลังจำหน่ายยังไม่ครอบคลุม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. ในการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในชุมชนยังไม่ต่อเนื่อง ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) ผู้วิจัยจัดประชุมถอดบทเรียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อสรุปผลการพัฒนา พบว่าการดำเนินงานในวงรอบแรกช่วยให้เกิดแนวปฏิบัติและระบบประสานการดูแลที่ชัดเจนขึ้น แต่ยังมีช่องว่างของระบบบริการ (Service Gap) ในด้านความครอบคลุมของการประเมินความเสี่ยง การเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน จึงนำข้อค้นพบดังกล่าวมาวิเคราะห์สาเหตุและกำหนดแนวทางแก้ไข เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกให้ครอบคลุมตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลจนถึงชุมชนในวงรอบที่ 2

ครั้งที่ 2 (เมษายน – สิงหาคม 2567)

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยนำผลการสะท้อนปัญหาและช่องว่างของระบบบริการจากวงรอบที่ 1 มาประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและกำหนดแนวทางพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุก โดยมุ่งแก้ไขปัญหา 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงที่ไม่ครอบคลุม การเข้าถึงบริการล่าช้า การขาดความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และการติดตามดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งกำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Act) ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพดำเนินการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดจากปัญหาที่พบในวงรอบที่ 1 โดยมีกิจกรรมการพัฒนา 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการพัฒนาระบบคัดกรองและประเมินความเสี่ยง ปรับปรุงการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงให้ครอบคลุมด้านสูติกรรม ภาวะติดเชื้อ การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาแนวทางประเมินและจำแนกระดับความเสี่ยง เพื่อกำหนดแผนการพยาบาลรายบุคคล รวมทั้งปรับปรุงแนวปฏิบัติการ

ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเตือน การประสานแพทย์ และการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายให้มีความชัดเจนและรวดเร็ว 2) ด้านการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว จัดระบบช่องทางด่วนสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยใช้สัญลักษณ์เตือนความเสี่ยงติดหน้าสมุดฝากครรภ์ จัดทำผังการเข้ารับบริการตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหน่วยบริการด่านหน้า พร้อมทั้งปรับปรุงกล่อง Preterm ซึ่งรวบรวมแนวปฏิบัติและแผนการรักษาสำหรับใช้ในสถานการณ์เร่งด่วน และจัดทำบัตรหมายเลขฉุกเฉิน 1669 เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการเมื่อมีอาการผิดปกติ 3) ด้านการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว จัดกิจกรรมให้ความรู้และคำปรึกษารายบุคคลและครอบครัว โดยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ สามีหรือญาติผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการประเมินปัจจัยเสี่ยง การสังเกตอาการเตือน การวางแผนป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด และการตัดสินใจเข้ารับบริการเมื่อมีอาการผิดปกติ รวมทั้งพัฒนาช่องทางให้คำปรึกษาผ่าน LINE OA เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองและการติดต่อทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 4) ด้านการพัฒนาระบบติดตามดูแลต่อเนื่องและเครือข่ายบริการสุขภาพ พัฒนาระบบประสานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลนาเชือก โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 12 แห่ง ผ่านกลุ่ม LINE MCH นาเชือก กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ที่สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย ร่วมกับพยาบาล รพ.สต. และ อสม. และติดตามอาการผ่านโทรศัพท์หรือ LINE OA ทุก 1–2 สัปดาห์ เพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติและดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด

ขั้นที่ 3 การสังเกตผล (Observe) ผู้วิจัยติดตามผลการดำเนินงานโดยใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และการประชุมร่วมกับทีมผู้ให้บริการ พบว่าการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังในวงรอบที่ 2 ทำให้กระบวนการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงมีแนวทางชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น ระบบช่องทางด่วนและการปรึกษาผ่านช่องทางดิจิทัลช่วยสนับสนุนการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ ขณะที่การติดตามเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. ช่วยเชื่อมโยงการเฝ้าระวังจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ทำให้กระบวนการให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องมีความเป็นระบบมากขึ้นตามผลการสะท้อนของผู้ปฏิบัติงาน

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) ผู้วิจัยจัดประชุมสรุปผลและถอดบทเรียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย พบว่าการนำปัญหาจากวงรอบแรกมาปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ช่วยให้เกิดแนวทางเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดที่เชื่อมโยงการคัดกรอง การดูแลรักษา การส่งต่อการให้คำปรึกษา และการติดตามต่อเนื่อง โดยมีหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพจึงนำผลการพัฒนาทั้ง 2 วงรอบมาสังเคราะห์และบูรณาการองค์ประกอบของระบบบริการจนได้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดฉบับสมบูรณ์ภายใต้ชื่อ STRICT Preterm Nachuak Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ซึ่งเชื่อมโยงกับการแก้ไขช่องว่างของระบบบริการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของ STRICT Preterm Nachuak Model และการพัฒนาเพื่อปิดช่องว่างของระบบบริการ

องค์ประกอบ	ปัญหา/ช่องว่างจากวงรอบที่ 1	แนวทางพัฒนาในวงรอบที่ 2
S – Screening & Early Detection	การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและการเฝ้าระวังอาการเตือนยังไม่ครอบคลุม	พัฒนาการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ จำแนกระดับความเสี่ยง และเฝ้าระวังอาการเตือนตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และ รพ.สต.
T – Treatment	การประเมินและการเข้าถึงการรักษาล่าช้า แนวทางการดูแลยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ	ปรับปรุงแนวปฏิบัติ CPG, Standing Order และระบบดูแลเร่งด่วน รวมถึงการทวนสอบผลอัลตราซาวด์ตามข้อบ่งชี้
R – Referral	การประสานส่งต่อและการส่งกลับข้อมูลการรักษายังไม่ต่อเนื่อง	พัฒนาระบบปรึกษาสูติแพทย์และส่งต่อโรงพยาบาลมหาสารคาม พร้อมระบบส่งกลับข้อมูลและติดตามต่อเนื่อง
I – Innovation	ขาดเครื่องมือสื่อสารความเสี่ยงและสนับสนุนการดูแลที่สะดวกรวดเร็ว	ปรับปรุงสัญลักษณ์เตือนความเสี่ยงติดสมุดฝากครรภ์ กล่อง Preterm และผังการดูแลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน
C – Counseling Group	หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวขาดความรู้การสังเกตอาการเตือน และช่องทางขอคำปรึกษา	ประยุกต์ทฤษฎีโอเร็มโดยประเมินข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ส่งเสริมความรู้และการสังเกตอาการเตือน ให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัวผ่าน LINE OA
T – Teamwork	การมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. และระบบติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังไม่ครอบคลุม	บูรณาการทีมสหวิชาชีพ รพ.สต. 12 แห่ง อสม. และครอบครัว พร้อมระบบเยี่ยมบ้านและติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า STRICT Preterm Nachuak Model เป็นรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดเชิงรุกที่พัฒนาจากการวิเคราะห์ปัญหาและช่องว่างของระบบบริการเดิม ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ โดยวงรอบที่ 1 มุ่งพัฒนาระบบบริการและแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน พร้อมทั้งค้นหาช่องว่างของระบบบริการ ส่วนวงรอบที่ 2 นำผลสะท้อนมาปรับปรุงและบูรณาการระบบการดูแลให้ครอบคลุมการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การรักษา การส่งต่อ การให้คำปรึกษา และการติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มโดยเน้นการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายสุขภาพ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการเฝ้าระวังที่เชื่อมโยงการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน

3. ผลการประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

ภายหลังการพัฒนารูปแบบตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ผู้วิจัยประเมินผลการใช้ STRICT Preterm Nachuak Model โดยเปรียบเทียบอัตราการคลอดก่อนกำหนดกับข้อมูลย้อนหลัง 2 ปี ก่อนการพัฒนารูปแบบ ร่วมกับการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ความรู้และการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ การปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังและความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ดังนี้

3.1 ผลการเปรียบเทียบอัตราการคลอดก่อนกำหนดก่อนและระหว่างการพัฒนารูปแบบ

พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ โรงพยาบาลนาเชือกมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และ 2566 เท่ากับร้อยละ 10.11 และ 10.52 ตามลำดับ คิดเป็นค่าเฉลี่ยของอัตรารายปีร้อยละ 10.32 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 9 ภายหลังเริ่มดำเนินการพัฒนารูปแบบ STRICT Preterm

Nachuak Model ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงเหลือร้อยละ 3.75 ลดลงจากค่าเฉลี่ยของอัตราในช่วง 2 ปีก่อนการพัฒนาเท่ากับ 6.57 และต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด สะท้อนถึงแนวโน้มผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลนาเชือก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ)	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา
		ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
อัตราการคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ)	≤9.00	10.11	10.52	3.75

3.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงหลังใช้รูปแบบ พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงจำนวน 16 ราย สามารถยับยั้งการคลอดได้และยังไม่คลอดในช่วงที่ได้รับการดูแล จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.75 มีการส่งต่อโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 โดยในกลุ่มส่งต่อสามารถยืดอายุครรภ์จนคลอดครบกำหนดได้ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 ของผู้ได้รับการส่งต่อ และมีรายงานหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.75 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผลดังกล่าวสะท้อนถึงการจัดระบบเฝ้าระวัง การประเมินความเสี่ยง การดูแลรักษา และการประสานส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

3.3 ผลการประเมินความรู้และการรับรู้ภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ผลการประเมินหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงจำนวน 16 ราย โดยใช้แบบประเมินความรู้ 12 ข้อ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 11.06 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 92.19 อยู่ในระดับดีเยี่ยม สะท้อนถึงความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังอาการเตือนและการดูแลตนเองหลังใช้รูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มที่เน้นระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถรับรู้ความเสี่ยงและตัดสินใจเข้ารับบริการได้อย่างเหมาะสม

3.4 ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากรทีมสุขภาพ ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของบุคลากรทีมสุขภาพ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 1.93 คะแนน จากคะแนนเต็ม 2 คะแนนต่อข้อ (S.D. = 0.23) อยู่ในระดับสูง สะท้อนว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นอย่างครบถ้วน โดยมีระบบคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การดูแลรักษา การส่งต่อ และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจนมากขึ้น

3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ พบว่าบุคลากรทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ STRICT Preterm Nachuak Model ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.30, S.D. = 0.59) โดยด้านที่มีความพึงพอใจสูงที่สุดคือประสิทธิผลของแนวทางปฏิบัติ (Mean = 4.54, S.D. = 0.52) และข้อที่มีคะแนนสูงที่สุดคือรูปแบบช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันเป็นทีม (Mean = 4.63, S.D. = 0.49) สะท้อนถึงการยอมรับรูปแบบและการส่งเสริมความร่วมมือของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพ

สรุปผลการประเมินรูปแบบ ผลการประเมิน STRICT Preterm Nachuak Model พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลนาเชือกในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ลดลงเหลือร้อยละ 3.75 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของอัตรารายปีในช่วง 2 ปีก่อนการพัฒนาที่เท่ากับร้อยละ 10.32 ขณะที่หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้และการรับรู้ในระดับดีเยี่ยม บุคลากรมีการปฏิบัติตาม

แนวทางการเฝ้าระวังในระดับสูง และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ผลการศึกษาสนับสนุนความเหมาะสมของรูปแบบในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกที่เชื่อมโยงการคัดกรอง การดูแลรักษา การส่งต่อ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ ทำให้เกิดรูปแบบ STRICT Preterm Nachuak Model ซึ่งบูรณาการการคัดกรองความเสี่ยง การดูแลรักษา การส่งต่อ นวัตกรรมสนับสนุนบริการ การให้คำปรึกษา และการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลนาเชือกมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 เท่ากับร้อยละ 10.81, 10.11 และ 10.52 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 9 โดยพบปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรทีมสุขภาพ ด้านหญิงตั้งครรภ์ ด้านการสื่อสารและประสานข้อมูล และด้านระบบแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังเดิม โดยเฉพาะการคัดกรองความเสี่ยงไม่ครอบคลุม การขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของหญิงตั้งครรภ์ การเข้าถึงบริการล่าช้า และการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายชุมชนที่ยังไม่เป็นระบบ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรเฉพาะทางของโรงพยาบาลชุมชน ประกอบกับระบบบริการเดิมมุ่งเน้นการดูแลเมื่อเกิดอาการมากกว่าการเฝ้าระวังเชิงรุก สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก[3] ที่ระบุว่าการคลอดก่อนกำหนดสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน รวมถึงภาวะติดเชื้อ โรคประจำตัว และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และเน้นความสำคัญของการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพเพื่อค้นหาและจัดการความเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น รวมทั้งการศึกษาของ Chawanpaiboon และคณะ[2] ที่ชี้ให้เห็นว่าการคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านอนามัยแม่และเด็ก และจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพระบบบริการและข้อมูลการเฝ้าระวังให้มีประสิทธิภาพ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ผลการพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ พบว่า วงรอบที่ 1 เป็นการพัฒนาระบบคัดกรอง แนวปฏิบัติการพยาบาล และระบบประสานส่งต่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน พร้อมทั้งค้นพบช่องว่างของระบบบริการที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ส่วนวงรอบที่ 2 เป็นการนำปัญหามาปรับปรุงและพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุก โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน จนได้รูปแบบ STRICT Preterm Nachuak Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ S – Screening & Early Detection, T – Treatment, R – Referral, I – Innovation, C – Counseling Group และ T – Teamwork ทั้งนี้ ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบอาจเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินการ และสะท้อนผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้แนวทางการดูแลสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ[4] ที่พัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเน้นการประเมินปัญหา การดูแลตามมาตรฐาน การส่งเสริมการดูแลตนเอง และการติดตามต่อเนื่อง (3) และการศึกษาของบุศรินทร์ เขียนแม้น

และคณะ[5] ที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ (4) นอกจากนี้ การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 12 แห่ง โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล อสม. และครอบครัว เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของธรรมวรรณ์ บูรณสรรค์[6] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านสำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด พบว่าบุคลากรสามารถปฏิบัติตามรูปแบบได้ครบถ้วน และรูปแบบมีความชัดเจนและเหมาะสมต่อการนำไปใช้จริง

3. ผลการประเมินรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยในปี พ.ศ. 2565–2566 เท่ากับร้อยละ 10.32 ลดลงเหลือร้อยละ 3.75 ในปี พ.ศ. 2567 หรือลดลง 6.57 จุดร้อยละ และต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 9 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง 16 ราย สามารถยับยั้งการคลอดได้ในช่วงที่ได้รับการดูแล 7 ราย (ร้อยละ 43.75) ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย 6 ราย (ร้อยละ 37.50) โดยในกลุ่มส่งต่อคลอดครบกำหนด 3 ราย (ร้อยละ 50.00) และมีรายงานการคลอดก่อนกำหนด 3 ราย (ร้อยละ 18.75 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.06 จาก 12 คะแนน (ร้อยละ 92.19) ส่วนบุคลากรมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางในระดับสูง (Mean = 1.93, S.D. = 0.23) และความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (Mean = 4.30, S.D. = 0.59) ผลดังกล่าวอาจเนื่องมาจากการพัฒนาระบบคัดกรอง การดูแลรักษา การส่งต่อและการติดตามต่อเนื่อง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[8] โดยเน้นการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการให้คำปรึกษาผ่าน LINE OA สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ จันลคร และคณะ[9] และบุบผาชาติ เพ็ญสุข และคณะ[10] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลช่วยสนับสนุนผลลัพธ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง รวมทั้งกัลยา กิติมา[11] และพนิดา เชียงทอง และคณะ[12] ที่พบว่าการติดตามผ่าน LINE และการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองร่วมกับครอบครัวช่วยสนับสนุนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาสะท้อนถึงความเหมาะสมของ STRICT Preterm Nachuak Model ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบอัตราการคลอดก่อนกำหนดเป็นข้อมูลเชิงพรรณนา และไม่มีคะแนนความรู้ก่อนใช้รูปแบบ จึงยังไม่สามารถยืนยันประสิทธิผลเชิงสาเหตุได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำผลวิจัยไปใช้ ควรนำ STRICT Preterm Nachuak Model ไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐาน ในการคัดกรอง เฝ้าระวัง ส่งต่อ และติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องในเครือข่ายบริการสุขภาพ

2. ด้านการพัฒนาระบบการพยาบาล ควรประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มในการส่งเสริมการดูแลตนเองของ หญิงตั้งครรภ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว การให้คำปรึกษาผ่านสื่อดิจิทัล และการติดตามเยี่ยมบ้าน

3. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น ประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อน–หลังการใช้รูปแบบ และติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้อง

ของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). Preterm birth. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth
2. Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Moller, A. B., et al. (2019). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: A systematic review and modelling analysis. The Lancet Global Health, 7(1), e37–e46.
3. World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.
4. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, พรจิต จันโทภาส, ศีตรา มยูขโชติ, บุญสืบ โสโสม และฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง. (2564). รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(3), 503–511.
5. บุศรินทร์ เขียนแม้น, เยาวเรศ ก้านมะลิ และวรรณวิมล ทุมมี. (2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(3), 286–300.
6. ธรรมวรรณ์ บูรณสรรค์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านสำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. ารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 4(3), 50–56.
7. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.
8. Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). Mosby.
9. พัชรินทร์ จันลคร และระวิวรรณ กลับประโคน. (2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลวาปีปทุม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม,8(15), 108–121.
10. บุบผาชาติ เพ็ญสุข, พัชรินทร์ นาเมืองรักษ์ และมัลลิกา นวมเจริญ. (2566). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 6(2), 78–97.
11. กัลยา กิติมา. (2566). ผลของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน. แพร่เวชสาร, 31(2), 60–74
12. พนิดา เชียงทอง, สุรัชนา พงษ์ปรสุวรรณ์, สมจิตร เมืองพิล, ศุจิรัตน์ ปัญญาแก้ว และลักขณา ไชยนอก. (2567). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ, 9(2), 205–226.