

ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ต่อการคลอดก่อนกำหนด ในจังหวัดเพชรบุรี Factors Predicting Preterm Birth Among Pregnant Women at Risk of Preterm Birth in Phetchaburi Province

รุ่งนภา ไวยนิกรณ์ พ.บ.,
วว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

Rungnapa Waiyanikorn M.D.,
Dip., Thai Board of Obstetrics and Gynecology
Division of Obstetrics and Gynecology
Prachomkloa Hospital
Phetchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ในจังหวัดเพชรบุรี

วิธีการศึกษา: การศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด ที่คลอดในโรงพยาบาลเขตจังหวัดเพชรบุรี ระหว่างมกราคม พ.ศ. 2565 ถึง เมษายน พ.ศ. 2567 สุ่มอย่างเป็นระบบ จำนวน 165 ราย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การถดถอยลอจิสติก (logistic regression)

ผลการศึกษา: ปากมดลูกสั้น ภาวะซีด และการฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ สามารถร่วมกันทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้ ร้อยละ 29.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีปากมดลูกสั้นมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดเป็น 11.27 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีปากมดลูกปกติ (95% CI: 3.66–34.77) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดเป็น 3.56 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะซีด (95% CI: 1.52–8.33) และหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดเป็น 4.01 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (95% CI: 1.82–8.84) และสถานที่ฝากครรภ์ไม่สามารถทำนายการคลอดก่อนกำหนดได้

สรุป: ปากมดลูกสั้น ภาวะซีด และการฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ สามารถทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดเพชรบุรีได้

คำสำคัญ: การคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ปากมดลูกสั้น ภาวะซีด
วารสารแพทยเขต 4-5 2567 ; 43(3) : 355–364.

Abstract

Objective: The study aims to investigate the factors predicting preterm birth among pregnant women at risk of preterm birth in Phetchaburi Province.

Methods: This was a retrospective study on pregnant women at risk of preterm birth at hospitals in Phetchaburi Province from January 2022 to April 2024. A sample with a total of 165 subjects was derived through systematic sampling. The collected data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation. The predicting factors were analyzed using binary logistic regression.

Results: Short cervix, anemia, and first antenatal care after 12 weeks could jointly predict 29.2% of preterm births among pregnant women at risk of preterm birth with a statistical significance of .001. Pregnant women with a short cervix were 11.27 times more likely to have a preterm birth compared to those with a normal cervix (95% CI: 3.66–34.77). Pregnant women with anemia were 3.56 times more likely to have a preterm birth compared to those without anemia (95% CI: 1.52–8.33). Pregnant women having their first antenatal care after 12 weeks were 4.01 times more likely to have a preterm birth compared to those with a first antenatal care before 12 weeks (95% CI: 1.82–8.84). Places of antenatal care could not predict preterm birth.

Conclusion: Short cervix, anemia, and first antenatal care after 12 weeks could predict preterm birth among pregnant women at risk of preterm birth in Phetchaburi Province.

Keywords: preterm birth, pregnant women at risk of preterm birth, short cervix, anemia

Received: Mar 16, 2024; Revised: Mar 29, 2024; Accepted: May 13, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(3) : 355–364.

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (preterm labor) หมายถึง การคลอดทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ถึง 36⁺⁶ สัปดาห์¹ ในประเทศไทย พบว่า อัตราหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2564, 2565, 2566 เป็นร้อยละ 12.47, 11.61, และ 10.32 ตามลำดับ ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 9² การคลอดก่อนกำหนดถือเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งต่อมารดาและทารก เป็นสาเหตุการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด³ ปัญหาของทารกที่คลอดก่อนกำหนด

มีมากมาย เช่น มีน้ำหนักตัวน้อย การขยายตัวของปอดไม่สมบูรณ์ทำให้มีปัญหาในการหายใจ มีปัญหาเลือดออกในสมอง เกิดการติดเชื้อ มีพัฒนาการทางด้านร่างกายไม่ดี และสมองอาจมีความพิการได้ง่าย ส่วนทารกกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวน้อยจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด และภาวะทุพพลภาพในทารกแรกเกิด อีกทั้งส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์อีกด้วย⁴ นอกจากจะต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลเป็นเวลานานและทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงแล้ว ยังพบว่ามีผลหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกายของทารก

ในระยะยาวอีกด้วย เช่น ทารกมีปัญหาด้านสติปัญญา
สายตา และมักมีสุขภาพไม่แข็งแรง³ ซึ่งจะเกี่ยวโยง
กับคุณภาพชีวิตของประชากรในอนาคต นอกจากนั้น
งบประมาณและค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลทารกคลอดก่อน
กำหนดนั้นก็จะมีมูลค่าสูงขึ้นตามไปด้วย และถึงแม้ว่า
จะมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธี
การต่าง ๆ เพื่อลดอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ยังไม่ประสบ
ความสำเร็จเท่าที่ควร จึงทำให้การคลอดก่อนกำหนด
ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข จากการศึกษาที่
ผ่านมา ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่
ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่มีปัจจัยชักนำบางอย่าง
ที่อาจจะเป็นสาเหตุของการเจ็บครรภ์และคลอดก่อน
กำหนด ซึ่งเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่มีอิทธิพล และ
ปัจจัยทำนาย ประกอบด้วย อายุมารดา น้ำหนัก
ก่อนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ (gestational age; GA)
ขณะเจ็บครรภ์ ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติ
การแท้ง ประวัติการฝากครรภ์ จำนวนครั้งของ
การตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์แฝด น้ำหนักมารดาเพิ่มต่ำกว่า
เกณฑ์ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตก ภาวะท้องแข็ง โรคความดัน
โลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะซีด ภาวะครรภ์เป็นพิษ
การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โรคปริทันต์
การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การดื่มกาแฟ
พฤติกรรมการทำงาน เป็นต้น⁴ นอกจากนี้ยังพบปัจจัย
ความผิดปกติของมดลูกและปากมดลูกมีความสัมพันธ์
กับการคลอดก่อนกำหนด เช่น ปากมดลูกสั้น^{5,6} และ
การฝากครรภ์ การมาตรวจตามนัด และสถานที่ในการ
ฝากครรภ์ ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการคลอดก่อน
กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ ทั้งนี้ปัจจัยดังกล่าว
หากหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง
ย่อมอาจนำไปสู่อุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของอัตราการคลอด
ก่อนกำหนดได้

ประเทศไทยมีแนวทางการป้องกันการคลอด
ก่อนกำหนดสอดคล้องกับนโยบายการป้องกัน
การคลอดก่อนกำหนดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์

แห่งประเทศไทย ประกอบด้วย 3 กระบวนการสำคัญ
คือ 1) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อดูแล
ตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โดยเน้นปัจจัยเสี่ยงของการ
คลอดก่อนกำหนด รวมทั้งให้คำแนะนำและช่องทางการ
ติดต่อกับโรงพยาบาล 2) การค้นหาปัจจัยเสี่ยง
รายบุคคลมุ่งเน้นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอด
ก่อนกำหนด และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่
หญิงตั้งครรภ์ในการลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของ
การคลอดก่อนกำหนด หรือส่งต่อไปยังคลินิกเฉพาะ
ทางตามลักษณะของแต่ละปัญหา และ 3) วิธีการตรวจ
คัดกรองความเสี่ยงและการดูแลรักษาต่อเนื่อง แต่ยังไม่
พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดยังสูงกว่าเกณฑ์
เป้าหมาย และในปี 2566 กระทรวงมหาดไทยมีโครงการ
สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด
โดยบูรณาการการทำงานและเพื่อให้บรรลุผลสัมฤทธิ์
อย่างเป็นรูปธรรมกับหน่วยงานทุกระดับในจังหวัด
ในส่วนข้อมูลการคลอดก่อนกำหนดของจังหวัดเพชรบุรี
พบว่า ยังค่าสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย โดยปีงบประมาณ
2564, 2565, 2566 มีอัตราการคลอดก่อนกำหนด
ร้อยละ 9.97, 10.13, และ 9.68 ตามลำดับ² ผู้วิจัย
ในฐานะที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งสูติแพทย์ กลุ่มงาน
สูตินรีเวชกรรมจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัย
ทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มี
ภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ในจังหวัดเพชรบุรี

แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL ของกรีน
และครุยเตอร์⁸ เป็นแบบจำลองที่ใช้ในการวิเคราะห์
สาเหตุของปัญหาสุขภาพ โดยเชื่อว่าปัญหาสุขภาพ
มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมปัจจัยจึงควรได้รับการประเมินอย่าง
ถูกต้องตามขั้นตอน จึงจะสามารถกำหนดกลวิธีและ
วิธีการแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจากการ
ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการนำแนวคิด
PRECEDE-PROCEED MODEL มาเป็นกรอบแนวคิดใน
การวิจัย เช่น การศึกษาของอัสมะ จารู⁹ ที่ศึกษาปัจจัย
ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และในสหรัฐอเมริกามีการประยุกต์ใช้ PRECEDE-PROCEED MODEL ในการวางแผนเพื่อลดอัตราการตายของทารกแรกเกิด¹⁰ ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL ของกรีนและครูเตอร์³ มาเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยทำนายปัญหาสุขภาพ คือ การคลอดก่อนกำหนด โดยการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ 3 ปัจจัย ได้แก่ 1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม ศึกษา 1) ความยาวของปากมดลูก (ตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ทางช่องคลอด ในไตรมาสที่ 2) โดยแบ่งเป็น ปากมดลูกสั้น มีความยาวน้อยกว่า 2.5 เซนติเมตร และปากมดลูกปกติ มีความยาวตั้งแต่ 2.5 เซนติเมตรขึ้นไป 2) ภาวะซีด แบ่งเป็น มีภาวะซีด (ความเข้มข้นของเลือด น้อยกว่าร้อยละ 33) และไม่มีภาวะซีด (ความเข้มข้นของเลือด ตั้งแต่ร้อยละ 33 ขึ้นไป), 2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม ศึกษาการฝากครรภ์ครั้งแรก แบ่งเป็น ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์, และ 3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ศึกษาสถานที่ฝากครรภ์ ได้แก่ สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และสถานพยาบาลที่ไม่ใช่ของรัฐบาล และตัวแปรตาม คือ การคลอดก่อนกำหนด โดยแบ่งเป็นการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และการคลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับแพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาแนวทางการวางแผนการรักษาและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป รวมทั้งพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาลและของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ในจังหวัดเพชรบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์เสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด และคลอดในช่วงมกราคม พ.ศ. 2565–เมษายน พ.ศ. 2567 ที่โรงพยาบาลในเขตจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่าง สุ่มอย่างเป็นระบบ จำนวน 165 ราย คำนวณด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of analysis; $1-\beta$) ที่ระดับ .95 ระดับนัยสำคัญ (level of significance, α) ที่ .05 จากข้อมูลสถิติการคลอดของจังหวัดเพชรบุรี ใน พ.ศ. 2566 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ประมาณร้อยละ 9.68 เมื่อเทียบกับการคลอดครบกำหนด ดังนั้นกำหนดอัตราส่วนกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเป็น 1:2 เพื่อให้ขนาดตัวอย่างเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งเป็น 1) กลุ่มศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ จำนวน 55 ราย และ 2) กลุ่มควบคุม เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 110 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุของผู้คลอด ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด วัน/เวลาที่คลอด วิธีการคลอด อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านพันธุกรรม ได้แก่ ความยาวของปากมดลูก (ตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ทางช่องคลอด ในไตรมาสที่ 2) แบ่งเป็น 1) ปากมดลูกสั้น มีความยาวน้อยกว่า 2.5 เซนติเมตร และ 2) ปากมดลูกปกติ มีความ

ยาวตั้งแต่ 2.5 เซนติเมตรขึ้นไป และภาวะซีด แบ่งเป็น
1) มีภาวะซีด มีความเข้มข้นของเลือด น้อยกว่าร้อยละ
33 และ 2) ไม่มีภาวะซีด มีความเข้มข้นของเลือด ตั้งแต่
ร้อยละ 33 ขึ้นไป

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านพฤติกรรม ได้แก่ การฝาก
ครรภ์ครั้งแรก แบ่งเป็น 1) อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ และ
2) อายุครรภ์ >12 สัปดาห์

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่
สถานที่ฝากครรภ์ แบ่งเป็น 1) สถานพยาบาลระดับ
ปฐมภูมิ 2) สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และ
3) สถานพยาบาลที่ไม่ใช่ของรัฐบาล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS
for Windows version 21 เพื่อหาค่าร้อยละของ
ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ปัจจัย
ทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ

เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์
การถดถอยลอจิสติก (binary logistic regression)

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วันที่ 25
มิถุนายน 2567 เลขที่ 6/2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี BMI
 <19 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 67.3 รองลงมา
คือ อายุ <20 ปี หรือ >35 ปี ร้อยละ 49.7 และมีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ที่แล้ว ร้อยละ 12.7
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (N = 165)

ข้อ	ภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด	จำนวน	ร้อยละ
1	มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ที่แล้ว	21	12.7
2	เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณปากมดลูก	1	0.6
3	เคยได้รับการชูดมดลูกหลายครั้ง/แท้งมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป	5	3.0
4	อายุ <20 ปี หรือ >35 ปี	82	49.7
5	มีระดับการศึกษาต่ำหรือเศรษฐกิจต่ำ	22	13.3
6	BMI <19 กิโลกรัม/ตารางเมตร	111	67.3
7	ครรภ์แฝด	3	1.8
8	น้ำคร่ำมากหรือน้อยผิดปกติ	3	1.8
9	มีโรคทางสูติกรรมต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด (PIH, รกลอกตัวก่อนกำหนด, ฯลฯ)	2	1.2
10	ภาวะเครียดหรือซึมเศร้า	1	0.6
11	สูบบุหรี่ หรือคนในครอบครัวสูบบุหรี่	2	1.2

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 20-34 ปี ร้อยละ 50.3 ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 46.1 และมีวิธีการคลอดปกติ ร้อยละ 60.6 โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า

20 ปี ร้อยละ 43.6 ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 47.3 มีวิธีการคลอดปกติ ร้อยละ 56.4 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ส่วนใหญ่มีอายุ 20-34 ปี ร้อยละ 54.5 ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 45.5 และมีวิธีการคลอดปกติ ร้อยละ 62.7 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 165)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	การคลอด			
		อายุครรภ์ <37 สัปดาห์ (n = 55)		อายุครรภ์ ≥37 สัปดาห์ (n = 110)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุมารดา					
<20 ปี	61 (37.0)	24	43.6	37	33.64
20–34 ปี	83 (50.3)	23	41.8	60	54.54
35 ปี ขึ้นไป	21 (12.7)	8	14.5	13	11.82
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์					
ครรภ์ที่ 1	76 (46.1)	26	47.3	50	45.5
ครรภ์ที่ 2	55 (33.3)	15	27.3	40	36.4
ครรภ์ที่ 3 หรือมากกว่า	34 (20.6)	14	25.5	20	18.2
วิธีการคลอด					
คลอดปกติ	100 (60.6)	31	56.4	69	62.7
คลอดผิดปกติ	65 (39.4)	24	43.6	41	37.3

1.3 ข้อมูลด้านพันธุกรรม ข้อมูลด้านพฤติกรรม และข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความยาวของปากมดลูก ตั้งแต่ 2.5 เซนติเมตรขึ้นไป ร้อยละ 87.9, มี Hct ≥33% ร้อยละ 78.2, ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ ≤12 สัปดาห์ ร้อยละ 67.9, และฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ ร้อยละ 75.2; โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีความยาวของปากมดลูก ตั้งแต่ 2.5 เซนติเมตรขึ้นไป ร้อยละ 74.6,

มีค่า Hct ≥33% ร้อยละ 61.8, ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ ≤12 สัปดาห์ ร้อยละ 50.9, และฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ ร้อยละ 80.0; ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ส่วนใหญ่มีความยาวของปากมดลูก ตั้งแต่ 2.5 เซนติเมตร ขึ้นไป ร้อยละ 94.6, มีค่า Hct ≥33% ร้อยละ 86.4, ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ ≤12 สัปดาห์ ร้อยละ 76.4, และฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ ร้อยละ 72.7 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านพันธุกรรม ข้อมูลด้านพฤติกรรม และข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม (N = 165)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)	การคลอด			
		อายุครรภ์ <37 สัปดาห์ (n = 55)		อายุครรภ์ ≥37 สัปดาห์ (n = 110)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลด้านพันธุกรรม					
1. ความยาวของปากมดลูก					
- <2.5 เซนติเมตร	20 (12.1)	14	25.4	6	5.45
- ≥2.5 เซนติเมตร	145 (87.9)	41	74.6	104	94.55
2. ภาวะซีด					
- Hct <33%	36 (21.8)	21	38.2	15	13.6
- Hct ≥33%	129 (78.2)	34	61.8	95	86.4
ข้อมูลด้านพฤติกรรม					
1. การฝากครรภ์ครั้งแรก					
- อายุครรภ์ ≤12 สัปดาห์	112 (67.9)	28	50.9	84	76.4
- อายุครรภ์ >12 สัปดาห์	53 (32.1)	27	49.1	26	23.6
ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม					
1. สถานที่ฝากครรภ์					
- สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ	27 (16.4)	8	14.6	19	17.3
- สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ	124 (75.2)	44	80.0	80	72.7
- สถานพยาบาลที่ไม่ใช่ของรัฐบาล	14 (8.5)	3	5.4	11	10.0

2. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

ผลการวิจัย พบว่า การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก (binary logistic regression) พบว่าปากมดลูกสั้น (น้อยกว่า 2.5 เซนติเมตร) ภาวะซีด (Hct <33%) และการฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ >12 สัปดาห์ สามารถร่วมทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้ ร้อยละ 29.2

($R^2 = .292$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยมีผลการทดสอบปัจจัยทำนายแต่ละตัว ดังตารางที่ 4

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีปากมดลูกสั้น (น้อยกว่า 2.5 เซนติเมตร) มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดเป็น 11.27 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีปากมดลูกปกติ (ตั้งแต่ 2.5 เซนติเมตรขึ้นไป) (95% CI: 3.66–34.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด (Hct <33%) มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดเป็น 3.56 เท่าของ

หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะซีด (Hct $\geq$ 33%) (95% CI: 1.52–8.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

3. หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดเป็น 4.01

เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (95% CI: 1.82–8.84)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก (N = 165)

ตัวแปร	B	SE	Odds ratio	Wald statistics	95% CI for EXP(B)	
					Lower	Upper
ข้อมูลด้านพันธุกรรม						
1. ปากมดลูกสั้น (น้อยกว่า 2.5 เซนติเมตร)	2.42	.57	11.27	17.77**	3.66	34.77
2. ภาวะซีด (Hct <33%)	1.27	.43	3.56	8.59*	1.52	8.33
ข้อมูลด้านพฤติกรรม						
1. การฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ >12 สัปดาห์	1.39	.40	.401	11.86**	1.82	8.84
Constant	1.855	.30	.157	37.86		

*p-value $<$.01, **p-value $<$.001; $R^2 = .292^{**}$

วิจารณ์

ปากมดลูกสั้น ภาวะซีด และการฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ สามารถร่วมกันทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้ ร้อยละ 29.2 สอดคล้องกับการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL ของกรีนและครุยเตอร์⁸ ในระยะที่ 2 การประเมินด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ที่พบว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมซึ่งเป็นปัจจัยความเสี่ยงที่ติดมากับบุคคล คือ ปากมดลูกสั้นและภาวะซีด และปัจจัยด้านพฤติกรรม ซึ่งเป็นการปฏิบัติของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง คือ การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ $>$ 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจากผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีปากมดลูกสั้น

มีโอกาสดคลอดก่อนกำหนดเป็น 11.27 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีปากมดลูกปกติ (95% CI: 3.66–34.77) สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ที่พบว่าความยาวของปากมดลูกที่น้อยกว่า 2.5 เซนติเมตร จะเพิ่มโอกาสทำให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดได้ถึง 5.08 เท่า¹¹ และหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่ตรวจพบว่าปากมดลูกสั้นจะได้รับยา utrogestan 200 มิลลิกรัม เน้นบทางช่องคลอดวันละครั้งจนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและฉีดยาฮอร์โมนก่อนกำหนดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย¹ และ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ที่แนะนำให้วัดความยาวปากมดลูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดในไตรมาสที่ 2 ในสตรีตั้งครรภ์

ความเสี่ยงสูง หากพบว่าความยาวปากมดลูกสั้นกว่า 25 มิลลิเมตร สูติแพทย์ควรให้ยาฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน หรือเย็บปากมดลูกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด¹² ในส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดมีโอกาสดูดก่อนกำหนดเป็น 3.56 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะซีด (95% CI: 1.52–8.33) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่ฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาล นพรัตนราชธานี พบคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 15.6¹³ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rahmati และคณะ¹⁴ ที่พบว่าภาวะซีดมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด และหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีโอกาสดูดก่อนกำหนดเป็น 4.01 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (95% CI: 1.82–8.84) การที่หญิงตั้งครรภ์เข้ามาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์แรก จะนำไปสู่การยืนยันอายุครรภ์ที่ถูกต้อง ได้รับการประเมินความเสี่ยงจากแพทย์เพื่อรักษาและป้องกัน หากฝากครรภ์ช้า อาจทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองเลือด ขาดการเฝ้าระวังความดันโลหิตสูง ไม่ได้รับยาบำรุง ขาดคำแนะนำเรื่องโภชนาการ ซึ่งส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด¹⁵ งานวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้คลอด อาจมีข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด บางส่วนที่ไม่สมบูรณ์ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมและควบคุมตัวแปร เช่น ภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เศรษฐกิจและสังคม และอาจศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกทั้งในส่วนของการฝากครรภ์ล่าช้า และภาวะซีด เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดให้เหมาะสมกับบริบทของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ในจังหวัดเพชรบุรีต่อไป

สรุป

ปากมดลูกสั้น ภาวะซีด และการฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ สามารถทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดเพชรบุรีได้

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 17 พฤษภาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: URL: https://www.rtcog.or.th/files/1695091574_742852553a29c37b5f.pdf
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (health data center: HDC). ร้อยละหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2564–2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 17 พฤษภาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: URL: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d
3. ปิยะพร กองเงิน. การพยาบาลสูติศาสตร์สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
4. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, ชีระ ทองสง. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน: ชีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564. 244–59.
5. สายฝน ขวาลไพบูลย์. คลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพมหานคร: พี เอ. ลิฟวิง; 2553.

6. Simhan HN, Iams JD, Romeo R. Preterm labor and birth. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al., editors. *Obstetrics normal and problem pregnancies*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017. 615–46.
7. พรธณี พินตานนท์, กาญจนา คำดี, อัจฉรา วโรภาษ, และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่: บทคัดย่อการประชุมวิชาการโรงพยาบาลนครพิงค์ ประจำปี 2553 และเครือข่ายวิจัยโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ (RNNRH) ครั้งที่ 3. *ลำปางเวชสาร* 2553;31(2):49.
8. Green LW, Krueter MW. *Health promotion planning an education and ecological approach*. 4th ed. Toronto: Mayfield; 2005.
9. อัสมะ จารู. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต]. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์), บัณฑิตวิทยาลัย. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
10. Hawkinson A. Application of the PRECEDE-PROCEED planning model in designing an infant mortality mitigation strategy [internet]. 2022 [cited 2024 May 27]. Available from: URL: https://scholarcommons.sc.edu/senior_theses/500
11. ชัยกิจ อุดแน่น. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า* 2565;39(3):294–301.
12. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, the American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. *Obstet Gynecol* 2012;120(4):964–73. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182723b1b.
13. ศิริฉัตร รongศักดิ์, ประนอม พูลพัฒน์, มยุรัตน์ รักเกียรติ. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2560; 35(3):39–47.
14. Rahmati S, Azami M, Badfar G, et al. The relationship between maternal anemia during pregnancy with preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2020;33(15):2679–89. doi: 10.1080/14767058.2018.1555811.
15. Haddrill R, Jones GL, Mitchell CA, et al. Understanding delayed access to antenatal care: a qualitative interview study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:207. doi: 10.1186/1471-2393-14-207.