

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์*

Relationships between Lifestyle Factors and Premature Labor Among Pregnant Women*

จิรัชยา หนูสิงห์** สุพิศ ศิริอรุณรัตน์*** ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี****
Jiratchaya Noosing** Supit Siriarunrat*** Tatirat Tachasuksri****

บทคัดย่อ

การลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดมีความสำคัญในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด ที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพฯ และชลบุรี จำนวน 160 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 80 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลด้านประชากร ร่วมกับข้อมูลชั่วโมงการทำงาน การยืนนาน การสัมผัสสบู่มือสอง 2) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิทส์เบิร์ก และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-square test และสถิติ point biserial correlation coefficient

Received: June 12, 2020

Revised: July 16, 2020

Accepted: August 15, 2020

- * วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- * A Thesis in Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University
- ** นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
E-mail: jirat235548@gmail.com
- ** Student in Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University.
E-mail: jirat235548@gmail.com
- *** Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: supis@buu.ac.th
- *** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University.
E-mail: supis@buu.ac.th
- **** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: tatirat@buu.ac.th
- **** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University. E-mail: tatirat@buu.ac.th

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยและผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลา กลางวัน มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ระดับ .05 ($X^2=9.014$, $df=1$, $p=.001$, และ $X^2=7.241$, $df=1$, $p=.006$) มีข้อเสนอแนะให้พยาบาลผดุงครรภ์ จัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อ ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดปัญหาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ: การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ชั่วโมงการทำงาน การยืนนาน การสัมผัสบุหรี่มือสอง คุณภาพ การนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

Abstract

Relief factors related to preterm labor are important in prevention of premature contraction. The purpose of this research was to examine the relationships between lifestyle factors and premature labor in pregnant women. The subjects were 160 pregnant women who were admitted to the labor rooms of tertiary hospitals in Bangkok and Chonburi province. They were equally divided into two groups. The first consisted of 80 pregnant women with premature labor pains, and the other group comprised 80 pregnant women with full term labor pain who were selected by a simple random sampling method. Data were collected by 1) demographic questionnaire, including data related to working hours/week, longstanding, and secondhand smoke 2) the Pittsburgh sleep quality index (PSQI), and 3) prevention of UTI during pregnancy questionnaire. Data were analyzed by frequency, percent, mean, standard deviation, chi-square test and point biserial correlation coefficient statistics.

Result show sleep quality and daytime dysfunction to be significantly related to premature labor pain at alpha level .05 ($X^2=9.014$, $df=1$, $p=.001$, $X^2=7.241$, $df=1$, $p=.006$) These findings suggest that nurses and midwives should provide nursing intervention to promote sleep quality during pregnancy for the purpose of decreasing premature labor pain.

Keywords: premature labor pain, working hours, longstanding, secondhand smoke, sleep quality, UTI prevention

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดการตายและเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นในปี ค.ศ. 2000 จากร้อยละ 9.8 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 10.6 ในปี ค.ศ. 2014 สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงโดย ปี พ.ศ. 2543-2557 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9 เป็นร้อยละ 12.7 สูงกว่าอุบัติการณ์ทั่วโลก¹ และสูงกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยให้ไม่เกินร้อยละ 11² ดังนั้นการคลอดก่อนกำหนดจึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่จะต้องได้รับการดูแลแก้ไข

การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารกและครอบครัว โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นกับทารก เช่น อาการหายใจลำบาก ทำให้อัตราการเจ็บป่วยและการตายของทารกสูงขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจ โดยครอบครัวของทารกอาจขาดรายได้ เนื่องจากต้องหยุดงานเป็นเวลานาน และภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนด ปีละไม่ต่ำกว่าห้าพันล้านบาท³

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านชีววิทยา ประชากร จิตสังคม การตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านการดำเนินชีวิต เช่น ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ความเครียดของมารดา⁴ การติดเชื้อระบบอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ การทำงานเป็นเวลานาน⁵ การนอนหลับ การสูบบุหรี่ หรือการสัมผัสควันบุหรี่⁶ เป็นต้น การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดใน

ประเทศไทยที่ผ่านมา มักเป็นการศึกษาปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ เช่น อายุ การศึกษา รายได้ ประวัติการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด⁸ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ขณะที่การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังมีน้อย ทั้ง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์สามารถให้การดูแล และให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

ปัจจัยการดำเนินชีวิต เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การทำงาน การนอน เป็นปัจจัยการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อสุขภาพและความพาสูกของบุคคล⁹ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ชั่วโมงการทำงาน การยืนนาน คุณภาพการนอนหลับ การสัมผัสสบู่มือสอง และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

ชั่วโมงการทำงาน เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด การทำงานหนักทำให้เกิดการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อลายจากการที่เลือดไปเลี้ยงมากขึ้น เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง กระตุ้นการหลั่ง Catecholamine เส้นเลือดส่วนปลายตีบ เกิดการขาดออกซิเจนที่เซลล์เนื้อเยื่อ มีการคั่งของกรดแลคติก ทารกมีภาวะเครียด ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้⁵ การทำงานที่มากกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ($p = .02$) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.23 เท่า ($RR = 1.23$, $95\% CI = 1.13-1.34$)⁷

การยืนนาน ทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกได้น้อย ส่งผลให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนและอาหาร ส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดได้ และการยืนนานมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.22 เท่า (RR=1.22 (95% CI=1.12-1.33)⁷

การได้รับควันบุหรี่ทั้งจากการที่หญิงตั้งครรภ์สูบบุหรี่หรือการสัมผัสบุหรี่มือสอง ส่งผลให้ทารกในครรภ์มีโอกาสดูแลก่อนกำหนด⁶ โดยควันบุหรี่มีสารนิโคติน คาร์บอนมอนนอกไซด์ และทาร์ ซึ่งมีผลทำให้เส้นเลือดมีการหดตัว เลือดผ่านทางรกลดลงกว่าปกติ ทำให้ทารกได้รับสารน้ำอาหาร และออกซิเจนลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนการสัมผัสบุหรี่มือสองในขณะตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดการคลอดก่อนกำหนด 1.6 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่ได้สัมผัสบุหรี่มือสอง (OR=1.61, 95% CI: 1.30,1.99)¹⁰

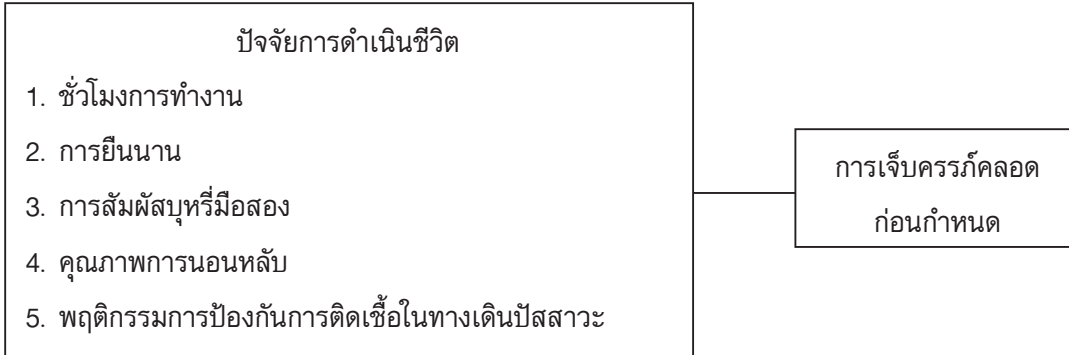
คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี พบว่า หญิงตั้งครรภ์จะมีปัญหาการนอนหลับเนื่องจากภาวะไม่สุขสบายจากการตั้งครรภ์ ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย ในเวลากลางวัน ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง การนอนหลับไม่เพียงพอ ร่างกายจะมีการหลั่งไซโตคินส์ (cytokines) ทำให้เกิดการอักเสบในร่างกายและคลอดก่อนกำหนดได้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาการนอนหลับในช่วงอายุครรภ์ 14-16 สัปดาห์เพิ่มโอกาสการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 25 และหากมีอาการในช่วงอายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์เพิ่มโอกาสการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 18¹⁰

ปัญหาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ จากการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมกับการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนขณะตั้งครรภ์ ทำให้ท่อไตขับปัสสาวะออกจากกระเพาะปัสสาวะได้น้อยลง เกิดปัสสาวะคั่ง ส่งเสริมการติดเชื้อที่กรวยไตและกระเพาะปัสสาวะได้ง่ายขึ้น¹¹ นอกจากนี้ เกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเรื่องการดูแลรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ดังนั้นการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่เหมาะสมจะช่วยลดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้¹²

ประเทศไทยยังขาดการศึกษาเพื่อยืนยันว่าปัจจัยการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยศึกษาเปรียบเทียบในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเจ็บครรภ์คลอดปกติ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ และชลบุรี ซึ่งโรงพยาบาลทั้งสองแห่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดเดียวกัน และมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้น และเป็นแนวทางเพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากกรอบทบทวนวรรณกรรม ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาดังภาพที่ 1



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิต ได้แก่ ชั่วโมงการทำงาน การยืนนาน การสัมผัสสบู่มือสอง คุณภาพของการนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

สมมติฐานการวิจัย

ชั่วโมงการทำงาน การยืนนาน การสัมผัสสบู่มือสอง คุณภาพการนอนหลับ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครบกำหนดที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพฯ และชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด ไม่มีโรคประจำตัว หรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอด

ก่อนกำหนด ที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพฯ และชลบุรี ช่วงเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม 2563

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ได้คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรที่ใช้ในการสำรวจ เพื่อการประมาณสัดส่วน¹³ เพื่อคำนวณหาจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{N Z^2 \alpha_{/2} p(1-p)}{Nd^2 + Z^2 \alpha_{/2} p(1-p)}$$

โดย N=ขนาดของกลุ่มประชากร จำนวนทั้งสิ้น 4,930 ราย ในปี พ.ศ. 2561 กำหนดค่า $Z\alpha_{/2}=1.96$, $d=5\%$ และ $p=.10$ (อัตราการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาระยะประมาณ ร้อยละ 10.17) ได้จำนวนตัวอย่าง 134 คน บวกเพิ่มอีก 20% เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง รวมเป็นทั้งหมด 160 คน แบ่งเป็นกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด กลุ่มละ 80 คน เพื่อให้ได้จำนวนเพียงพอ สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ chi-square

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 โรงพยาบาลในสังกัดเดียวกัน มีแนวทางในการดูแลรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแบบเดียวกัน คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีการเจ็บครรภ์ระหว่างอายุครรภ์ 28-36⁺6 สัปดาห์ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทั้งรายที่คลอดและไม่คลอด (ยับยั้งการเจ็บครรภ์ได้) ส่วนกลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนด คือ มีการเจ็บครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ โดยทั้ง 2 กลุ่มไม่มีโรคประจำตัว หรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม และทางสูติกรรม คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากจากเลขท้ายบัตรประจำตัวโรงพยาบาล ซึ่งจับได้เป็นเลขคี่ กำหนดสัดส่วนของจำนวนตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลเป็น ร้อยละ 50 เนื่องจากทั้ง 2 โรงพยาบาลมีจำนวนผู้คลอดทางช่องคลอดต่อปี ที่ไม่มีโรคประจำตัว หรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม และทางสูติกรรมอื่น ๆ นอกจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นจำนวนใกล้เคียงกัน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ข้อมูลการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้งบุตร ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ ลักษณะการทำงาน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ชั่วโมงทำงาน > 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ ให้รหัส เป็น

1 และชั่วโมงทำงาน ≤ 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ ให้รหัส เป็น 0 การยืนนานต่อวัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ การยืนนาน > 4 ชม. ให้รหัส เป็น 1 และการยืนนาน ≤ 4 ชม. ให้รหัส เป็น 0 และการสัมผัสบุหรี่ยี่มือสอง ได้แก่ การเคยสัมผัสบุหรี่ยี่มือสอง (ให้เลือกตอบว่า “เคย” ให้รหัส เป็น 1 หรือ “ไม่เคย” ให้รหัส เป็น 0) ความถี่ในการสัมผัสบุหรี่ยี่มือสอง และการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว

2) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก แปลเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิตรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์¹⁴ มีค่าความตรงและความเที่ยงที่ดี โดยค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83 เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ มีข้อความทั้งหมด 9 ข้อ (องค์ประกอบที่ 2 และ 7 มี 2 ข้อคำถาม) คะแนนรวม 0-21 คะแนน แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ คุณภาพการนอนหลับดี (0-5 คะแนน) ให้รหัส เป็น 0 และคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (6-21 คะแนน) ให้รหัส เป็น 1 รายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบมีดังนี้ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งตื่น 3) ระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืน 4) ประสิทธิภาพการนอนโดยปกติวิสัย 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้นอนหลับ 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน คือ การมีอาการง่วงนอนหรือเพลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวัน และปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

3) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เป็นแบบวัดการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและสุขอนามัยทั่วไป ได้แก่ การดื่มน้ำ การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ และการไม่กลั้นปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ของกรรมกริ์ แซ่ตั้ง¹⁵ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient 0.80 และมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.88 มีจำนวน 13 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 7 ข้อ และเป็นคำถามเชิงลบ 6 ข้อ ให้ตอบแบบประเมินค่า 5 ตัวเลือก ให้คะแนน 1-5 จากไม่ปฏิบัติ ถึงปฏิบัติเป็นประจำ ในข้อคำถามทางบวก และให้คะแนนในทางตรงกันข้ามในข้อคำถามทางลบ คะแนนรวมเท่ากับ 13-65 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะดี โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ พฤติกรรมดี (คะแนน 41-65) ปานกลาง (28-40) และต่ำ (13-27)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ผ่านการใช้และการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเครื่องมือแล้ว แต่นำมาตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ .74 และ .70 ตามลำดับ ส่วนเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรชั่วโมงการทำงาน การยืนนาน การสัมผัสบุหรืมือสอง เป็นข้อคำถามแบบเติมคำในช่องว่าง

และให้เลือกตอบเคยหรือไม่เคย ไม่มีลักษณะเป็น Likert scale type จึงไม่นำมาตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 04-11-2562

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ามีทั้งกลุ่มตัวอย่างที่คลอดและไม่คลอด (ยับยั้งการเจ็บครรภ์ได้) กลุ่มที่คลอด ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในระยะหลังคลอด ไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง หรือเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพร่างกายและจิตใจดี และพร้อมที่จะตอบแบบสอบถาม ส่วนรายที่ไม่คลอดให้ตอบแบบสอบถามในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด ให้ตอบแบบสอบถามในระยะหลังคลอด ไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง หรือเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี และพร้อมที่จะตอบแบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลมาบันทึกในคอมพิวเตอร์ และจึงดำเนินการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ ข้อมูลลักษณะการทำงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ การยืนนาน การสัมผัสบุหรืมือสอง คุณภาพการนอนหลับ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ การยืนนาน การล้มพับ บุหรี่มือสอง คุณภาพการนอนหลับกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้วยสถิติ Chi-square test และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้วยสถิติ Point biserial correlation coefficient โดยกำหนดรหัสให้กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็น 1 และกลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนดเป็น 0

ผลงานวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอายุเฉลี่ย 30.80 (SD=5.90) และกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดมีอายุเฉลี่ย 26.42 (SD=5.88) และมีร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ >35 ปี เป็นร้อยละที่มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด (ร้อยละ 20.00, 13.75) ทั้งสองกลุ่มมีอายุ 20-35 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 76.30, 77.50) กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 46.20 ซึ่งมากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดที่มีเพียงร้อยละ 28.80 โดยกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 60.00 มากที่สุด กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 30,681.25 บาท (SD=18,585.80) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 40,437.50 บาท (SD=22,898.15)

ข้อมูลการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มเจ็บครรภ์

คลอดก่อนกำหนด มีอายุครรภ์ 34-37 สัปดาห์ เป็นร้อยละมากที่สุด (ร้อยละ 52.50) ส่วนกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด มีอายุครรภ์ 38-39 สัปดาห์ ร้อยละ 71.30 ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีประวัติการแท้งบุตร ร้อยละ 92.50 และร้อยละ 87.50 กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด เป็นร้อยละที่มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด คือ ร้อยละ 21.30 และร้อยละ 6.30 ทั้งสองกลุ่มมีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI=18.50-22.90 Kg/m²) เป็นร้อยละใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 47.50 และ ร้อยละ 45.00 แต่กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์ปกติและมากกว่าเกณฑ์ปกติ เป็นร้อยละที่มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด คือ ร้อยละ 15.00 และ 8.80 และร้อยละ 43.80 และ 40.00

ข้อมูลด้านการทำงาน พบว่า กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีการทำงานตลอดการตั้งครรภ์ ร้อยละ 51.20 ไม่ได้ทำงานร้อยละ 28.80 มีจำนวนชั่วโมงทำงานเฉลี่ย 33.36 ชั่วโมง/สัปดาห์ (SD=24.128) โดยทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 40.00 มีการยืนติดต่อกันเป็นเวลานานเป็นบางครั้ง ร้อยละ 55.00 มีส่วนน้อยที่ยืนติดต่อกันเป็นเวลานานเป็นประจำ ร้อยละ 7.50 และมีระยะเวลาการยืนนานเฉลี่ย 1.61 ชั่วโมง/วัน (SD=1.490) ส่วนกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด คล้ายคลึงกัน คือ มีการทำงานตลอดการตั้งครรภ์ ร้อยละ 43.75 จำนวนชั่วโมงทำงานเฉลี่ย 31.61 ชั่วโมง/สัปดาห์ (SD=24.557) ทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 42.50 มีการยืนติดต่อกันเป็นเวลานาน เป็นบางครั้ง

ร้อยละ 55.00 และมีระยะเวลาในการยืนนานเฉลี่ย 1.60 ชั่วโมง/ วัน (SD=.359)

การสัมผัสสบู่มือสอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการสัมผัสสบู่มือสองคล้ายคลึงกัน คือ กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ร้อยละ 38.75 และสามีสูบบุหรี่ ร้อยละ 33.75 ส่วนกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดมีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 50.00 และมีสามีสูบบุหรี่ ร้อยละ 41.25 ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 87.5 และ 83.8 เคยสัมผัสกลิ่นบุหรี่ โดยกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเคยสัมผัสกลิ่นบุหรือน้อยครั้ง ร้อยละ 43.75 ส่วนกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดเคยสัมผัสบุหรือน้อยครั้ง ร้อยละ 42.50

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ผลการศึกษา พบว่า ทั้งกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนและกลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนดมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะค่อนข้างดี คือ 51.60 คะแนน (SD=6.227) และ 51.70 คะแนน (SD=6.126) (จากคะแนนรวม 13-65 คะแนน)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ผลการศึกษา พบว่า ชั่วโมงทำงาน การยืนนาน และการสัมผัสสบู่มือสอง ไม่มีความ

สัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($X^2=.103$, $df=1$, $p=.374$, $X^2=.103$, $df=1$, $p=.374$ และ $X^2=0.457$, $df=1$, $p=.249$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1) นั่นคือกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีสัดส่วนของชั่วโมงทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การยืนนานมากกว่า 4 ชั่วโมง/วัน และการเคยสัมผัสสบู่มือสองไม่แตกต่างกันกับกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($r_{pb}=-.01$, $p=.459$) (ตารางที่ 2) ส่วนคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ระดับนัยสำคัญ .05 เช่นกัน ($X^2=2.093$, $df=1$, $p=.074$) นั่นคือ กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีสัดส่วนของคุณภาพการนอนหลับไม่ดีไม่แตกต่างกันกับกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ตามองค์ประกอบย่อยพบว่า องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย และองค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2=9.014$, $df=1$, $p=.001$, และ $X^2=7.241$, $df=1$, $p=.006$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ การยืนนาน การสัมผัสพัสดุหรี่มือสอง คุณภาพการนอนหลับ กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ตัวแปร	กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n = 80)		กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด (n = 80)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ชั่วโมงในการทำงาน						
≤ 40 ชั่วโมง	48	60.00	46	57.50	.103	.374
> 40 ชั่วโมง	32	40.00	34	42.50		
การยืนนาน						
≤ 4 ชั่วโมง	71	88.75	76	95.00	2.093	.074
> 4 ชั่วโมง	9	11.25	4	5.00		
การสัมผัสพัสดุหรี่มือสอง						
ไม่เคย	10	12.50	13	16.25	0.457	.249
เคย	70	87.50	67	83.75		
คุณภาพการนอนหลับโดยรวม						
ดี	32	40.00	34	42.50	.10	.374
ไม่ดี	48	60.00	46	57.50		
คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย						
ดี	3	3.75	15	18.75	9.014	.001
ไม่ค่อยดี	77	96.25	65	81.25		
ผลกระทบต่อการทำงาน						
ในเวลากลางวัน						
ไม่มีผลกระทบหรือมีน้อย	38	47.50	55	68.75	7.421	.006
มีผลกระทบพอสมควรหรือมาก	42	52.50	25	31.25		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์โดยสถิติ Point biserial correlation coefficient

ตัวแปร	การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	p-value
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ	-.01 (r_{pb})	.459

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด และมีร้อยละของกลุ่มอายุ > 35 ปี มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนด เนื่องจากอายุที่สูงขึ้นโดยเฉพาะมากกว่า 35 ปี เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.20 เท่า (95% CI; 1.06-1.36)¹⁶ นอกจากนี้กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด และมีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปเป็นร้อยละที่มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นกลุ่มคนเขตเมือง มีรายได้สูง มีการศึกษาสูง มีอาชีพการงานดี ทำงานนั่งโต๊ะ ซึ่งคนมีการศึกษาสูงมักจะทำงานในตำแหน่งที่ต้องใช้สมองและความคิด อาจทำให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งไซโตคินส์ (cytokines) ทำให้เกิดการอักเสบในร่างกายและส่งผลการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ และผลการวิจัยพบว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดเป็นร้อยละที่มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่า ประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีร้อยละของการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างที่ตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์และมากกว่าเกณฑ์มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด ดังนั้นภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้⁴

2. ชั่วโมงทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Palmer และคณะ⁷ ทั้งนี้เพราะกลุ่มที่ศึกษาในครั้งนี้มีระดับการศึกษาคอนข้างดีคือทั้งสองกลุ่มจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ประมาณเกือบครึ่งทำงานรัฐวิสาหกิจและงานบริษัท มีส่วนน้อยที่ใช้แรงงาน ซึ่งการทำงานบริษัทมักเป็นสถานประกอบการที่มีมาตรฐานการปฏิบัติ ตามกฎหมายแรงงานที่ไม่ให้หญิงตั้งครรภ์ทำงานเกินกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีจำนวนชั่วโมงทำงาน เฉลี่ย 33.36 ชั่วโมง/สัปดาห์ และ 31.61 ชั่วโมง/สัปดาห์ นอกจากนี้บางส่วนไม่ได้ทำงาน และหยุดงานเมื่อตั้งครรภ์โตขึ้น ทำให้ตัวแปรชั่วโมงการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3. การยืนนาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาไม่

สอดคล้องกับ Palmer และคณะ⁷ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับสูง มีอาชีพทำงาน ลักษณะงานนั่งโต๊ะมากกว่างานใช้แรงงาน ทั้งสองกลุ่มมีการทำงานที่ยืนเป็นประจำเป็นร้อยละที่ต่ำ (ร้อยละ 7.50 และร้อยละ 16.30) และส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการยืนนาน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 88.75 และร้อยละ 95.00 ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของการตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น หน้าท้องที่โตขึ้นตึงรั้งให้มีอาการปวดหลังโดยเฉพาะในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์¹⁷ จะยืนได้ไม่นานจากอาการปวดหลัง จะต้องนั่งหรือนอนพัก นอกจากนี้กฎหมายคุ้มครองแรงงานหญิงตั้งครรภ์ มีข้อกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องยืนนาน ดังนั้นนายจ้างจะเปลี่ยนให้หญิงตั้งครรภ์มาทำงานเบา ๆ ซึ่งมักเป็นการที่นั่งทำงาน จึงทำในการศึกษาครั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มยืนนานน้อยกว่า 4 ชั่วโมง ให้ตัวแปรการยืนไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

4. การสัมผัสสุหรืมือสอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ระดับ .05 ($X^2 = 0.457$, $p = .249$) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด สัมผัสสุหรืมือครั้งหรือไม่ได้สัมผัส ร้อยละ 42.50 และ 43.80 ส่วนน้อยที่มีการสัมผัสเป็นประจำ ร้อยละ 11.30 และ 6.30 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการรณรงค์เรื่องการหยุดสูบบุหรี่และงดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะและที่ทำงานได้ผล ประชากรจึงสูบบุหรี่ลดลง ทำให้การสัมผัสสุหรืมือไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด

5. คุณภาพการนอนหลับไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Okun และคณะ¹¹ ซึ่งพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาอนหลับ เพิ่มโอกาสการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 18-25 ($p = .02$) ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาของ Okun และคณะ ทำการศึกษาแบบไปข้างหน้าโดยการประเมินคุณภาพการนอนหลับตั้งแต่อายุครรภ์ 14-16 สัปดาห์ 24-26 สัปดาห์ และ 30-32 สัปดาห์ แต่การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง และหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับการประเมินคุณภาพการนอนในช่วงที่อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ (กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 32-36¹⁶ สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนกลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนด มีอายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์) ซึ่งเป็นไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ขนาดหน้าท้องมากขึ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์อึดอัด มีอาการไม่สุขสบายจากการปวดหลังนอนหงายไม่สะดวก และจะรบกวนคุณภาพการนอนหลับ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีปัญหาอนหลับเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 3¹⁷ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า กว่าครึ่งของหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มมีคุณภาพการนอนไม่ดีเป็นร้อยละที่ใกล้เคียงกัน

อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบย่อยของคุณภาพการนอนหลับ พบว่า คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย และผลกระทบของการนอนต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน กลับพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 9.014$, $df = 1$, $p = .001$ และ $X^2 = 7.241$, $df = 1$, $p = .006$) กล่าวคือ กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีสัดส่วนการรับรู้คุณภาพการนอนหลับดีมาน้อยกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์ครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีสัดส่วนการรับรู้ผลกระทบของการนอนต่อการ

ทำกิจกรรมในเวลากลางวันมากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การรับรู้คุณภาพการนอนหลับไม่ดีทำให้ร่างกายมีความตึงเครียด มีการหลั่งไซโตคีนส์ ส่งผลให้เกิดการอักเสบในร่างกาย และทำให้เกิดคลอดก่อนกำหนดได้¹⁸ และผลจากการนอนไม่หลับทำให้กระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดอารมณ์หงุดหงิด เครียด ซึ่งภาวะเครียดจะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารแคททีโคลามีน ซึ่งมีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง และทำให้พรอสตาแกลนดินหลังออกมา มีผลทำให้เกิดการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

6. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด อธิบายได้ว่าการศึกษาคั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลมีการศึกษาค่อนข้างดีเป็นส่วนใหญ่ จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขอนามัยของตนเองเป็นอย่างดี โดยทั้งสองกลุ่มค่าคะแนนพฤติกรรมปัสสาวะค่อนข้างดี คือ 51.60 คะแนน (SD = 6.227) และ 51.70 คะแนน (SD = 6.126) (จากคะแนนรวม 13-65 คะแนน) ตัวแปรนี้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด แต่พบว่า คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย และผลกระทบของการนอนต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังพบผลการวิจัยที่น่าสนใจว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาสูงและมีรายได้ดีกว่าหญิง

ตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์ และมากกว่าเกณฑ์เป็นสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูง รายได้ดีและมีภาวะโภชนาการไม่ดีต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การกำหนดสัดส่วนของกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครบกำหนดไม่เป็นไปตามสัดส่วนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากการศึกษากลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุ พบประมาณร้อยละ 10 เพื่อให้กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีจำนวนมากพอในการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัย จึงเก็บกลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดเป็นสัดส่วนเท่ากัน คือ 1:1

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์จัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับและคลายความเครียดแก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ด้านการวิจัย คึกษาวิจัยอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูงและเศรษฐฐานะดีในเขตเมือง และศึกษาปัจจัยการดำเนินชีวิตอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ความเครียด และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากผลการศึกษาคั้งนี้พบว่าการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวระหว่างการตั้งครรภ์ที่น้อยกว่าหรือมากกว่าเกณฑ์อาจมีความเกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller A-B, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health* 2019;7(1):e37-46. (in Thai)
2. Ministry of Public Health. Public health statistics strategy and planning division. Bangkok: Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
3. Netthin N. Ministry of health revealed statistics of preterm pregnant women stipulated 6.4-8 thousand people/year more than 1 Ten thousand children have to stay I.C.U. [Internet]. 2012 [cited 2018 May 3]. Available from: http://www.thanonline.com/index.php?option=com_content&view=article&id=151171:64-8-1icu (in Thai)
4. Hoffman MC, Mazzone SE, Wagner BD, Laudenslager ML, Ross RG. Measures of maternal stress and mood in relation to preterm birth. *Obstet Gynecol* 2016;127(3):545-52.
5. Stylianou-Riga P, Kouis P, Kinni P, Rigas A, Papadouri T, Yiallourous PK, et al. Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case-control study. *Reprod Health* 2018;15(1):157. doi: 10.1186/s12978-018-0603-7
6. Cui H, Gong TT, Liu CX, Wu QJ. Associations between passive maternal smoking during pregnancy and preterm birth: evidence from a meta-analysis of observational studies. *PLoS One* 2016;11(1):e0147848. doi: 10.1371/journal.pone.0147848
7. Palmer KT, Bonzini M, Harris EC, Linaker C, Bonde JP. Work activities and risk of prematurity, low birth weight and pre-eclampsia: an updated review with meta-analysis. *Occup Environ Med* 2013;70(4):213-22.
8. Sharma R, Biedenharn KR, Fedor JM, Agarwal A. Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. *Reprod Biol Endocrinol* 2013;11:66. doi: 10.1186/1477-7827-11-66
9. Khader YS, Al-Akour N, AlZubi IM, Lataifeh I. The association between second hand smoke and low birth weight and preterm delivery. *Matern Child Health J* 2011;15(4):453-9.
10. Okun ML, Schetter CD, Glynn LM. Poor sleep quality is associated with preterm birth. *Sleep* 2011;34(11):1493-8.

11. Pillitteri A. Psychological and Physical Changes of Pregnancy. In: Pillitteri A, editor. Maternal & child health nursing: care of the childbearing & childrearing family. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 217-43.
12. Thanasombat K. Urinary tract infection in pregnant women. Journal of Hua Chiew Chalermprakiet University 2013;16(32):141-56. (in Thai)
13. Parel CP, Caldito GC, Ferrer PL, De Guzman GG, Sinsioco CS, Tan RH. Papers on survey research methodology sampling design and procedures. Social survey research design. Philippines: Philippine Social Science Council; 1973.
14. Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 1994;42(3):122-31. (in Thai)
15. Saetang K. Effects of prevention program on recurrent urinary tract infections on preventive behaviors of urinary tract infections of pregnant women [Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2019. (in Thai)
16. Fuchs F, Monet B, Ducruet T, Chaillet N, Audibert F. Effect of maternal age on the risk of preterm birth: a large cohort study. PloS one 2018;13(1):e0191002. doi: 10.1371/journal.pone.0191002
17. Chang HY, Lai YH, Jensen MP, Shun SC, Hsiao FH, Lee CN, Yang YL. Factors associated with low back pain changes during the third trimester of pregnancy. J Adv Nurs 2014;70(5):1054-64.
18. Baratte-Beebe KR, Lee K. Sources of midsleep awakenings in childbearing women. Clin Nurs Res 1999;8(4):386-97.