

**ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลชุมชนแพ ขอนแก่น**

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี  
พงษ์ศักดิ์ จันทร์งาม สูตินรีแพทย์โรงพยาบาลชุมชนแพ จังหวัดขอนแก่น

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลชุมชนแพ เป็นการวิจัยย้อนหลังแบบ unmatched case control study ในมารดา 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 171 ราย ที่มาคลอดในโรงพยาบาลชุมชนแพ จังหวัดขอนแก่น แบ่งเป็นมารดาคลอดก่อนกำหนดเป็นกลุ่มศึกษา 57 ราย มารดาคลอดครบกำหนดเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 114 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีค่า CVI เท่ากับ 1 และแบบประเมินความเครียด ST5 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติถดถอยโลจิสติกแบบ 2 กลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มศึกษามีอายุน้อยกว่า 20 ปีร้อยละ 7.0 อายุ 35 ปีขึ้นไปร้อยละ 36.8 กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุน้อยกว่า 20 ปีร้อยละ 10.5 อายุ 35 ปีขึ้นไปร้อยละ 17.5 ปัจจัยที่ร่วมทำนายการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มารดาอายุมาก ( $OR_{adj} 6.03, p=0.009$ ) อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกช้า ( $OR_{adj} 0.84, p<0.001$ ) มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ( $OR_{adj} 31.33, p<0.001$ ) ความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ ( $OR_{adj} 7.764, p<0.001$ ) ความรุนแรงในครอบครัว ( $OR_{adj} 1.16, p=0.035$ ) และทารกแรกเกิดร่างกายพิการ ( $OR_{adj} 18.24, p<0.001$ ) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการคลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 75.4 ( $R^2 0.754, p<0.001$ ) ปัจจัยที่สามารถทำนายการคลอดก่อนกำหนดได้มากที่สุดคือ เคยคลอดก่อนกำหนดมาก่อน ( $OR_{adj} 31.33$ )

สรุปมีหลายปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการคลอดก่อนกำหนด จึงควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรก เพื่อให้สามารถประเมินความเสี่ยงได้รวดเร็วและให้การดูแลอย่างเหมาะสมตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์

**คำสำคัญ:** การคลอดก่อนกำหนด มารดาหลังคลอด โรงพยาบาลชุมชนแพ

## Predictive Factors of Preterm Delivery at Chum Phae Hospital, Khon Kaen

Soiy Anusornteerakul, Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udon Thani Campus

Pongsak Junngam, Obstetric and Gynecologist, Chumphae hospital, Khon Kaen province

### Abstract

This unmatched case-control study aimed to identify predictive factors of preterm birth among postpartum mothers at Chum Phae hospital, Khon Kaen province. The study included 171 mothers, 48–72 hours postpartum, with 57 preterm birth cases and 114 full-term birth comparisons. Data collection tools included a general information questionnaire with CVI=1 and the ST5 stress assessment with Cronbach's alpha = 0.78. Statistical analysis was conducted using Chi-square tests and binary logistic regression.

The results showed that the cases had 7.0% of the cases were under 20 years old, and 36.8% were over 35 years old. The comparison group had 10.55% of the group under 20 years old, and 17.5% were over 35 years old. The factors that significantly predicted preterm birth included advanced maternal age ( $OR_{adj}6.03$ ,  $p=0.009$ ), late antenatal care initiation ( $OR_{adj}0.84$ ,  $p<0.001$ ), previous preterm birth ( $OR_{adj}31.33$ ,  $p<0.001$ ), stress during pregnancy ( $OR_{adj} 7.764$ ,  $p<0.001$ ), domestic violence ( $OR_{adj}1.16$ ,  $p=0.035$ ), and newborn physical abnormalities ( $OR_{adj}18.24$ ,  $p<0.001$ ). The model explained 75.4% of the variance in preterm birth ( $R^2 = 0.754$ ,  $p < 0.001$ ). The factor that could predict the most preterm birth was previous preterm birth ( $OR_{adj}31.33$ )

Conclusion: Multiple factors can contribute to predicting preterm birth. Therefore, pregnant women should be encouraged to attend antenatal care from the first trimester to promptly assess the risks and provide appropriate care from the beginning of pregnancy.

**Keywords:** preterm birth, postpartum mothers, Chum Phae hospital

## บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีผลกระทบต่อมารดาและทารก เป็นสาเหตุสำคัญของการตายปริกำเนิดและภาวะทุพพลภาพ<sup>1</sup> อัตราการคลอดก่อนกำหนดของทั่วโลกอยู่ในช่วง 5-18 ต่อการเกิดมีชีพ 100 ราย<sup>2</sup> ในปี ค.ศ. 2019 สหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 10.2<sup>3</sup> จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในแต่ละปีมีการคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยสูงถึง 15 ล้านคน<sup>4</sup> ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดสูงถึง 1 ล้านคนต่อปี<sup>5</sup> การคลอดก่อนกำหนดของไทยในปีงบประมาณ 2565-2567 พบร้อยละ 11.6, 10.4 และ 10.0 ตามลำดับ<sup>6</sup> การดำเนินงานการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของเขตสุขภาพที่ 7 ในปีงบประมาณ 2565-2567 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.6, 12.4 และ 9.7 ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2565-2567 สูงเป็นอันดับที่ 5, 3 และ 6 ของประเทศ ตามลำดับ<sup>6</sup> จังหวัดขอนแก่นซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 ในปีงบประมาณ 2565-2567 พบร้อยละ 9.8, 11.7 และ 8.5 ตามลำดับ<sup>6</sup> แม้จะพบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดของจังหวัดขอนแก่นต่ำกว่าภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 7 แต่ยังมีอัตราที่สูงเกินเป้าหมายของเขตสุขภาพที่ 7 ที่กำหนดเป้าหมายไว้ไม่เกินร้อยละ 9<sup>7</sup> และเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ในโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก ปีงบประมาณ 2567-2570 ที่ต้องการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 8 ภายในปี พ.ศ. 2570<sup>8</sup>

การคลอดก่อนกำหนด ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้มาก ส่งผลทำให้ทารกมีโอกาสเสียชีวิตหรือทุพพลภาพมากกว่าทารกคลอดครบกำหนด การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากที่สุด<sup>9</sup> ทารกคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อยมักมีการพัฒนาของอวัยวะต่าง ๆ ไม่เต็มที่ โดยเฉพาะปอด หายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS) หอบเหนื่อยจนถึงหัวใจล้มเหลว บางรายอาจมีอาการตัวเหลือง (hyperbilirubinemia) มีความพิการทางสมอง (kernicterus) ขาดเลือดไปเลี้ยงลำไส้เล็ก จอประสาทตาผิดปกติ (retinopathy of prematurity) อวัยวะต่างๆทำงานไม่ได้ตามปกติ อาจเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ติดเชื้อในกระแสเลือด<sup>1,10</sup> ทารกต้องรักษาใน

โรงพยาบาลเป็นเวลานานมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดบางรายอาจต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิดกกังวลจากการได้รับการรักษาและวิดกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์<sup>11</sup> วิดกกังวลเกี่ยวกับทารกแรกเกิด เกิดความเครียด เป็นทุกข์ และนำไปสู่ภาวะเครียดหลังคลอด<sup>9-10</sup> นอกจากนี้ การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายสูง<sup>1</sup> การรักษาส่วนใหญ่ทำในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป<sup>12</sup> ทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจส่งผลต่อภาวะจิตใจของมารดาและครอบครัวเพิ่มขึ้น<sup>9</sup>

ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่มีปัจจัยชักนำบางอย่างที่อาจเป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อในช่องคลอด ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ เนื้องอกที่มดลูก ปากมดลูกหลวม รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด มารดาวัยรุ่น มารดาอายุมาก ทุพโภชนาการ โลหิตจาง เศรษฐฐานะทางสังคมต่ำ<sup>12-13</sup> การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างตั้งครรภ์ ติดยาเสพติด มีประวัติการแท้ง มีประวัติทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ลักษณะการทำงาน การออกกำลังกาย ลักษณะผิดปกติของทารกในครรภ์ สถานะของครอบครัวและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์<sup>13-16</sup> ดัชนีมวลกายต่ำ<sup>11</sup> น้ำเดินก่อนกำหนด ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ<sup>18</sup> จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์<sup>1,18</sup> จะเห็นได้ว่าการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่ผ่านมาทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านทารก แต่เป็นการศึกษาที่ละปัจจัยและยังขาดการศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจ เช่น ความรุนแรงในครอบครัว ความวิตกกังวล ความเครียด ซึ่งมีผลต่อการหดตัวผิดปกติของมดลูก<sup>19</sup> และปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างอาจมีผลร่วมกันทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทาง การแพทย์ได้นำ risk scoring system มาใช้ โดยนำปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ มาให้คะแนน เพื่อใช้ทำนายการคลอดก่อนกำหนด แต่พบว่ายังไม่มี risk scoring system ใดที่มีประสิทธิภาพดีในการทำนายการคลอดก่อนกำหนดได้<sup>20</sup> ส่วนมากมี positive predictive value ค่อนข้างต่ำ (เพียงร้อยละ 20-30) จึงไม่เป็นที่นิยมใช้<sup>20</sup> ส่วนการวัดความยาวของปากมดลูกในช่วงอายุครรภ์ 18-24 สัปดาห์ไม่ได้รับ

คำแนะนำให้ทำทุกราย ขึ้นอยู่กับนโยบาย ความพร้อม และทักษะในการตรวจวัดความยาวปากมดลูกของแพทย์ในแต่ละโรงพยาบาล ทั้งยังเป็นการเพิ่มภาระงานแก่การบริการฝากครรภ์มากขึ้น นอกจากนั้น ในหญิงตั้งครรภ์ไทยพบปากมดลูกสั้น (น้อยกว่า 25 มิลลิเมตร) ได้เพียงร้อยละ 1.1-1.7 จึงไม่คุ้มค่าในการตรวจ<sup>12</sup>

โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2565-2567 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.0, 24.2 และ 8.3 ตามลำดับ<sup>6</sup> ซึ่งสูงเป็นอันดับ 7, 1 และ 10 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลระดับอำเภอ ในจังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2565-2567<sup>6</sup> และมีอัตราสูงกว่าโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่ใหญ่ที่สุดในเขตสุขภาพที่ 7 ที่มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2565-2567 ร้อยละ 9.8, 11.7 และ 8.5 ตามลำดับ<sup>6</sup> และจากการศึกษาของสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และพงษ์ศักดิ์ จันทร์งาม ในมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลชุมแพ หลังคลอด 48-72 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน 2566 (3 เดือน) พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 16.6<sup>21</sup> จากสถานการณ์ความชุกของการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่นที่สูงมาก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ที่มีนโยบายการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการเตรียมความพร้อมของระบบบริการให้เป็นรูปธรรม การศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดจากการทบทวนวรรณกรรมและครอบคลุมถึงปัจจัยทางด้านจิตใจร่วมด้วยในครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ และเป็นแนวทางในการจัดทำแนวปฏิบัติในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ ขอนแก่น

### ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยย้อนหลังแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (case control study) แบบ unmatched case control เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในมารดาหลังคลอด

48-72 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่แผนกผู้ป่วยในสูตินรีเวช โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 ถึงตุลาคม 2566

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้เป็นมารดาหลังคลอดทุกกลุ่มอายุ ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*power3.1.9.7 ใน Test family เลือก Z-test สถิติทดสอบเลือก logistic regression อำนาจการวิเคราะห์ที่เลือก A Priori: compute required sample size, given alpha, power and effect size พารามิเตอร์ที่เลือก two tails, odd ratio ใช้จากงานวิจัยเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย พบว่าอาชีพที่ไม่ได้ใช้แรงมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 8.59 เท่า<sup>1</sup> สมมติฐานทางเลือก กำหนดค่า 0.5 ความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ค่า R<sup>2</sup> ใช้จากการศึกษาวิจัยทางการแพทย์บาลส่วนใหญ่ค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.20<sup>22</sup> distribution เลือก binomial ได้จำนวนกลุ่มศึกษาที่เป็นมารดาคลอดก่อนกำหนด 57 ราย ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มเปรียบเทียบเป็น 2 เท่าของกลุ่มศึกษา (2:1)<sup>11,23</sup> ได้มารดาคลอดครบกำหนดแบบ unmatched case control จำนวน 114 รายรวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 171 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ ในช่วงที่เก็บข้อมูลเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2566 กลุ่มศึกษาอายุครรภ์ 24-36<sup>+</sup> สัปดาห์<sup>20</sup> กลุ่มเปรียบเทียบอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์<sup>20</sup> ทั้ง 2 กลุ่มต้องยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เข้าใจภาษาไทย อ่านและเขียนภาษาไทยได้ สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ อยู่ในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กมาด้วย (สมุดสีชมพู) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นโรคซึมเศร้าที่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษา มีปัญหาสายตาและการได้ยิน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลมี 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลด้านอายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ 2) ข้อมูลการตั้งครรภ์มี 8 ข้อ ได้แก่ การฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ จำนวนการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ 3) ข้อมูลด้านจิตใจ มี 3 ข้อ ได้แก่ ความกังวลขณะตั้งครรภ์ ความเครียดขณะตั้งครรภ์ ความรุนแรงในครอบครัว และ 4) ข้อมูลทารกแรกเกิด มี 4 ข้อ ได้แก่ เพศ น้ำหนักแรกเกิด สุขภาพหลังคลอด ความผิดปกติทางร่างกาย

2. แบบประเมินความเครียด (ST5) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข<sup>24</sup> ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) อาสาสมัครประเมินย้อนหลัง 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมาด้วยตนเอง มีคำถาม 5 ข้อ มีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนน 0-3 คะแนนรวมทั้งหมด 15 คะแนน แบ่งความเครียดเป็น 4 ระดับ<sup>24</sup> คือ มีความเครียดน้อย/ไม่มีอาการ 0-4 คะแนน เครียดปานกลาง 5-7 คะแนน เครียดมาก 8-9 คะแนน และเครียดมากที่สุด 10-15 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือไม่มีความเครียด 0-4 คะแนน และมีความเครียด 5-15 คะแนน

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 1 ส่วนแบบประเมิน ST5 เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ใช้ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในปัจจุบัน<sup>24</sup> ผู้วิจัยได้นำไปหาความเที่ยงตรงของแบบประเมิน ST5 อีกครั้งในมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ตรวจสอบคุณสมบัติของมารดาทุกคนหลังคลอด 24 ชั่วโมง จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย (medical record) มารดาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้ช่วยวิจัยจะเข้าพบมารดาในช่วงที่มารดาสะดวกและชี้แจงโครงการวิจัย การมีส่วนร่วมในการตอบแบบประเมิน ลักษณะแบบประเมิน สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หลังคลอด 48-72 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัยจะเข้าพบมารดาอีกครั้งในช่วงที่มารดาสะดวก เพื่อติดตามการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย มารดาที่ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์และการคลอดจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) และ medical record ส่วนแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมิน ST5 มารดาหลังคลอดเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง (self-report questionnaire) โดยเก็บข้อมูลกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบไปพร้อมกันตามเกณฑ์คุณสมบัติจนครบตามจำนวนที่กำหนด

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics analysis) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ด้วยสถิติวิเคราะห์เชิงเดี่ยวที่ละตัวแปร (univariate analysis) โดยกำหนดตัวแปรเป็น 2 กลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบสองกลุ่ม (binary logistic regression) ด้วยวิธี forward likelihood ratio กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีตัวแปรตาม คือ การคลอดก่อนกำหนด โดยกำหนดตัวแปรทุกตัวเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) เช่น การคลอดก่อนกำหนด = 1 การคลอดครบกำหนด = 0 ส่วนตัวแปรต้นกำหนดเป็นตัวแปรหุ่น เช่นเดียวกัน โดยกำหนดมีปัจจัยเสี่ยง = 1 ไม่มีปัจจัยเสี่ยง = 0

## จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมแพ ได้รับการรับรองลำดับที่ 2/2566 เลขที่ HE 661002 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้า

ร่วมวิจัยและเซ็นใบยินยอมแล้ว ในกรณีที่มารดาหลังคลอด มีอายุน้อยกว่า 18 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง หากผู้ปกครองไม่ได้มาด้วย ผู้วิจัยได้แนะนำมารดาหลังคลอดปรึกษากับผู้ปกครองก่อน และเก็บข้อมูลในวันถัดไป

### ผลการวิจัย

กลุ่มศึกษา (คลอดก่อนกำหนด) และกลุ่มเปรียบเทียบ (คลอดครบกำหนด) มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 7.0 และ 10.5 อายุ 35 ปีขึ้นไปร้อยละ 36.8 และ 17.5 ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 ร้อยละ 17.5 และ 8.8 น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์น้อยกว่า 40 กิโลกรัมร้อยละ 8.8 และ 22.8 อาชีพใช้แรงงานร้อยละ 68.4 และ 54.4 การศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลายร้อยละ 29.8 และ 36.8 แยกกันอยู่หรือหย่าร้างร้อยละ 1.8 และ 14.0 เป็นครอบครัวเดี่ยวเท่ากันร้อยละ 29.8 ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นแบบต่างคนต่างอยู่หรือมีการทะเลาะกันร้อยละ 22.8 และ 14.0 รายได้ไม่เพียงพอเท่ากันร้อยละ 15.8 ผ่าครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ร้อยละ 68.4 และ 69.3 อายุครรภ์ที่ผ่าครั้งแรกมากกว่า 12 สัปดาห์ร้อยละ 31.6 และ 50.9 จำนวนการผ่าครรภ์น้อยกว่า 8 ครั้งร้อยละ 57.9 และ 52.6 การตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้งร้อยละ 63.2 และ 65.8 มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 3.53 และ 13.2 เคยผ่านการแท้ง

ร้อยละ 24.6 และ 14.0 เคยคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 78.9 และ 10.5 ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ร้อยละ 3.5 และ 8.8 มีความกังวลระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 36.8 และ 15.8 มีความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 40.4 และ 12.3 มีความรุนแรงในครอบครัวร้อยละ 24.6 และ 9.6 ทารกเพศชายร้อยละ 49.1 และ 36.0 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัมร้อยละ 28.1 และ 10.5 ทารกมีภาวะเจ็บป่วยร้อยละ 26.3 และ 10.5 ทารกมีความผิดปกติร่างกายร้อยละ 12.3 และ 1.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ มารดาอายุ 35 ปีขึ้นไป (OR 2.74, p=0.005) น้ำหนัก 40 กิโลกรัมขึ้นไป (OR 3.07, p=0.025) สถานภาพแยกกันอยู่/หย่า (OR 0.11, p=0.011) ผ่าครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (OR 0.45, p=0.022) เคยคลอดก่อนกำหนด (OR 31.88, p<0.001) มีความกังวลระหว่างตั้งครรภ์ (OR 3.11, p=0.002) มีความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ (OR 4.83, p<0.001) มีความรุนแรงในครอบครัว (OR 3.05, p=0.009) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม (OR 3.32, p=0.003) ทารกแรกเกิดสุขภาพเจ็บป่วย (OR 3.03, p=0.008) ทารกแรกเกิดร่างกายผิดปกติ (OR 7.84, p=0.004) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการคลอดก่อนกำหนดของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลชุมแพขอนแก่น ด้วยการวิเคราะห์ที่ละตัวแปร (N= 171)

ตัวแปร	คลอดก่อนกำหนด	คลอดครบกำหนด	การวิเคราะห์ที่ละตัวแปร	
	(n=57)	(n=114)	Crude OR	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	(95% CI)	
<b>I. ข้อมูลทั่วไป</b>				
อายุเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$	30.6±8.2	27.5±6.6		
อายุน้อย (ปี)				
< 20	4 (7.0)	12 (10.5)	0.64 (0.19-2.09)	0.458
≥ 20	53 (93.0)	102 (89.5)	1	
อายุมาก (ปี)				
< 35	36 (63.2)	94 (82.5)	1	
≥ 35	21 (36.8)	20 (17.5)	2.74 (1.33-5.65)	0.005
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (กก/ตรม)				
< 18.5	10 (17.5)	10 (8.8)	2.21 (0.86-5.67)	0.092
≥ 18.5	47 (82.5)	104 (91.2)	1	

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการคลอดก่อนกำหนดของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลชุมชนขอนแก่น ด้วยการวิเคราะห์ทีละตัวแปร (N= 171) (ต่อ)

ตัวแปร	คลอดก่อนกำหนด	คลอดครบกำหนด	การวิเคราะห์ทีละตัวแปร	
	(n=57) จำนวน (ร้อยละ)	(n=114) จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
<b>น้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ (กก)</b>				
< 40	5 (8.8)	26 (22.8)	1	
≥ 40	52 (91.2)	88 (77.2)	3.07 (1.11-8.49)	0.025
<b>อาชีพ</b>				
ไม่ได้ทำงาน/ไม่ได้ใช้แรงงาน	18 (31.6)	52 (45.6)	1	
อาชีพที่ใช้แรงงาน	39 (68.4)	62 (54.4)	1.82 (0.93-3.55)	0.078
<b>การศึกษา</b>				
ต่ำกว่ามัธยมปลาย	17 (29.8)	42 (36.8)	0.73 (0.37-1.44)	0.363
มัธยมปลายขึ้นไป	40 (70.2)	72 (63.2)	1	
<b>สถานภาพสมรส</b>				
คู่ อยู่กับสามี	56 (98.2)	98 (86.0)	1	
แยกกันอยู่/หย่า	1 (1.8)	16 (14.0)	0.11 (0.01-0.85)	0.011
<b>ลักษณะครอบครัว</b>				
ครอบครัวขยาย	40 (70.2)	80 (70.2)	1	
ครอบครัวเดี่ยว	17 (29.8)	34 (29.8)	1 (0.50-2.00)	1.000
<b>ความสัมพันธ์ในครอบครัว</b>				
รักใคร่กันดี	44 (77.2)	98 (86.0)	1	
ทะเลาะกัน ต่างคนต่างอยู่	13 (22.8)	16 (14.0)	1.81 (0.80-4.08)	0.150
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>				
ไม่เพียงพอ	9 (15.8)	18 (15.8)	1 (0.42-2.39)	1.000
เพียงพอ	48 (84.2)	96 (84.2)	1	
<b>II. ข้อมูลการตั้งครรภ์</b>				
<b>การฝากครรภ์ตามเกณฑ์</b>				
ไม่ครบตามเกณฑ์	39 (68.4)	79 (69.3)	0.96 (0.48-1.91)	0.907
ครบตามเกณฑ์	18 (31.6)	35 (30.7)	1	
<b>อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)</b>				
≤12	39 (68.4)	56 (49.1)	1	
>12	18 (31.6)	58 (50.9)	0.45 (0.23-.87)	0.022
<b>จำนวนการฝากครรภ์ (ครั้ง)</b>				
<8	33 (57.9)	60 (52.6)	1.24 (0.65-2.35)	0.515
≥8	24 (42.1)	54 (47.4)	1	
<b>จำนวนการตั้งครรภ์ (ครั้ง)</b>				
1	21 (36.8)	39 (34.2)	1	
> 1	36 (63.2)	75 (65.8)	0.89 (0.46-1.73)	0.734
<b>ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์</b>				
ไม่มี	54 (94.7)	99 (86.8)	1	
มี	3 (5.3)	15 (13.2)	0.37 (0.10-1.32)	0.113

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการคลอดก่อนกำหนดของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลชุมชนขอนแก่น ด้วยการวิเคราะห์ทีละตัวแปร (N= 171) (ต่อ)

ตัวแปร	คลอดก่อนกำหนด (n=57)	คลอดครบกำหนด (n=114)	การวิเคราะห์ทีละตัวแปร	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
<b>ประวัติการแท้ง</b>				
ไม่มี	43 (75.4)	98 (86.0)	1	
มี	14 (24.6)	16 (14.0)	1.99 (0.90-4.45)	0.088
<b>ประวัติการคลอดก่อนกำหนด</b>				
ไม่มี	12 (21.1)	102 (89.5)	1	
มี	45 (78.9)	12 (10.5)	31.88 (13.31-76.36)	<0.001
<b>ความตั้งใจตั้งครรภ์</b>				
ไม่มีความพร้อม	2 (3.5)	10 (8.8)	0.38 (0.08-1.88)	0.204
มีความพร้อม	55 (96.5)	104 (91.2)	1	
<b>III. ข้อมูลด้านจิตใจ</b>				
<b>ความกังวลระหว่างตั้งครรภ์</b>				
ไม่มี	36 (63.2)	96 (84.2)	1	
มี	21 (36.8)	18 (15.8)	3.11 (1.49-6.50)	0.002
<b>ความเครียดระหว่างตั้งครรภ์</b>				
ไม่มี	34 (59.6)	100 (87.7)	1	
มี	23 (40.4)	14 (12.3)	4.83 (2.24-10.43)	<0.001
<b>ความรุนแรงในครอบครัว</b>				
ไม่มีความรุนแรง	43 (75.4)	103 (90.4)	1	
ถูกกระทำความรุนแรง	14 (24.6)	11 (9.6)	3.05 (1.28-7.25)	0.009
<b>IV. ข้อมูลทารกแรกเกิด</b>				
<b>เพศทารก</b>				
หญิง	29 (50.9)	73 (64.0)	1	
ชาย	28 (49.1)	41 (36.0)	1.72 (0.90-3.28)	0.098
<b>น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)</b>				
< 2500	16 (28.1)	12 (10.5)	3.32 (1.44-7.62)	0.003
≥ 2500	42 (71.9)	102 (89.5)	1	
<b>สุขภาพทารก</b>				
ไม่ป่วย	42 (73.7)	102 (89.5)	1	
ป่วย	15 (26.3)	12 (10.5)	3.03 (1.31-7.03)	0.008
<b>ร่างกายผิดปกติ</b>				
ไม่มี	50 (87.7)	112 (98.2)	1	
มี	7 (12.3)	2 (1.8)	7.84 (1.57-39.08)	0.004

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบสองกลุ่ม (binary logistic regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยพิจารณาจากตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดที่มีค่า  $p < 0.05$  มีทั้งหมด 11 ปัจจัย ได้แก่ มารดาอายุมาก น้ำหนักตัว สถานภาพสมรส อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำ มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ความกังวลระหว่างตั้งครรภ์ ความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ มีความรุนแรงในครอบครัว ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย สุขภาพทารก ทารกร่างกายผิดปกติ (ตารางที่ 1) พบว่ามี 6 ปัจจัยที่ทำนายการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ มารดา

อายุมาก ( $OR_{adj} 6.03, p=0.009$ ) ปัจจัยการตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก ( $OR_{adj} 0.84, p < 0.001$ ) มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ( $OR_{adj} 31.33, p < 0.001$ ) ปัจจัยทางจิตใจ ได้แก่ ความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ ( $OR_{adj} 7.76, p < 0.001$ ) ความรุนแรงในครอบครัว ( $OR_{adj} 1.16, p=0.035$ ) และปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ทารกแรกเกิดร่างกายพิการ ( $OR_{adj} 18.24, p < 0.001$ ) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการคลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 75.4 ( $R^2 0.754, p < 0.001$ ) ปัจจัยที่สามารถทำนายการคลอดก่อนกำหนดได้มากที่สุดคือ เคยคลอดก่อนกำหนดมาก่อน ( $OR_{adj} 31.33$ ) (ตาราง 2)

ตาราง 2 ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลชุมแพ ขอนแก่น โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	p-value	$OR_{adj}$	95% CI
อายุมาก	1.80	0.69	6.83	0.009	6.03	1.57-23.22
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก	-0.17	0.05	12.71	<0.001	0.84	0.76-0.92
มีประวัติคลอดก่อนกำหนด	5.76	1.00	33.01	<0.001	31.33	25.80-44.39
ความเครียดระหว่างตั้งครรภ์	3.63	0.88	17.24	<0.001	7.76	6.80-21.66
ความรุนแรงในครอบครัว	1.80	0.856	4.45	0.035	1.16	0.03-0.88
ทารกร่างกายผิดปกติ	5.23	1.50	12.17	<0.001	18.24	9.88-35.30
ค่าคงที่ (constant)	-1.70	0.84	10.37	0.001	0.07	

Nagelkerke  $R^2 0.754, p < 0.001$

### อภิปรายผล

งานวิจัยนี้พบว่าปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดมี 6 ปัจจัย ดังนี้ มารดาอายุมากมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 6.03 เท่าของมารดาอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่ง ชันธิวิชัย ที่คัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุด คือ เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และอายุมารดามากกว่า 35 ปี<sup>25</sup> และการศึกษาภาวะเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด พบว่ามารดาอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่สำคัญ<sup>5,15-16</sup> อธิบายว่ามารดาอายุ 35 ปีขึ้นไปเป็นช่วงอายุที่ไม่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ ภาวะการเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็ว มักจะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง และเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมากขึ้น<sup>9</sup>

อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำหรือมากกว่า 12 สัปดาห์ มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 0.84 เท่า แสดงว่ามารดาที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากมีความเสี่ยงน้อยกว่ามารดาที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ อาจเนื่องจกมารดาที่ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ที่มากแล้ว จะมีการปฏิบัติตัวและการดูแลสุขภาพที่ตั้งครรภ์ที่ดี การฝากครรภ์ซ้ำหรือฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์อาจเป็นการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ทำให้เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่าการฝากครรภ์เร็วแต่ไม่มีคุณภาพ<sup>9</sup> ผลการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของน้ำผึ้ง นันทวงศ์ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในโรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่าการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 2.74 เท่า<sup>17</sup> และการศึกษาที่โรงพยาบาลแม่สรวย

จังหวัดเชียงราย ที่พบว่าการฝากครรภ์ช้าหรือไม่มาฝากครรภ์มีความเสี่ยง 2.32 เท่า<sup>1</sup> อย่างไรก็ตาม มารดาที่ได้รับการฝากครรภ์มีคุณภาพจะได้รับการดูแลสุขภาพ หากมีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนมารดาจะได้รับคำปรึกษาและเข้ารับการรักษาได้ทันที่ ความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจึงน่าจะเกิดจากการฝากครรภ์ไม่มีคุณภาพมากกว่า การฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า 12 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พบว่าการดูแลก่อนคลอดไม่เพียงพอและขาดการดูแลก่อนคลอดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ช้า แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพการบริการฝากครรภ์<sup>26</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการฝากครรภ์จำนวนมากครั้ง มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดลดลง 0.267 เท่า ดังนั้น แม้ว่าฝากครรภ์ช้าแต่อาจมีจำนวนการฝากครรภ์หลายครั้ง ทำให้ความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดลดลง<sup>17</sup>

ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ที่ผ่านมา มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์นี้มากที่สุดถึง 31.33 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของชนินทร์ วานาภิรักษ์ และธีระ ทองสง ที่พบว่ามารดาที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมากขึ้น และการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงมากที่สุดที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ต่อมา<sup>16</sup> และการศึกษาของกัลยา พูลธรรม และสุภาพร สุภาพวิวัฒน์ ที่พบว่ามารดาที่มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ครั้ง สามารถทำนายการคลอดก่อนกำหนดได้ และมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 25.77 เท่า<sup>13</sup> รวมถึงการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลแม่สรวย พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 10.01 เท่า<sup>1</sup>

ความเครียดระหว่างตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 7.76 เท่า อธิบายว่าภาวะเครียดเป็นปัจจัยที่เกิดร่วมกับการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้เกิดการหลั่งสาร cate-

cholamine ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัว ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงรกและทารกในครรภ์ลดลง ทำให้การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ช้ากว่าปกติ (intrauterine growth restriction; IUGR) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดหดตัว และการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด<sup>19,27-28</sup> ซึ่งพบว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีระดับ corticotropin สูงกว่ามารดาที่คลอดครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ<sup>27</sup> สอดคล้องกับการศึกษาแบบ case control study ในประเทศสวีเดนพบว่ามารดาที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ มีความเครียดในขณะตั้งครรภ์ 2.15 เท่าของมารดาที่คลอดครบกำหนด และมารดาที่มีความเครียดในขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 54 คลอดก่อนกำหนด ความเครียดระหว่างตั้งครรภ์จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่ออายุครรภ์และเพิ่มความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด<sup>29</sup>

ความรุนแรงในครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.16 เท่า ความรุนแรงในครอบครัวเกิดได้ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ทางด้านร่างกาย อาจทำให้เกิดการกระทบกระแทกบริเวณท้อง ทำให้มดลูกหดตัวรวมถึงทำให้เกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด<sup>30</sup> ทางด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกทำร้ายจะมีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า รวมทั้งมีปัญหาการนอนหลับและการรับประทานอาหาร<sup>30-31</sup> หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางร่างกายหรือทางจิตใจอย่างรุนแรง จะส่งผลต่อการตั้งครรภ์และการคลอดได้แก่ การแท้ง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย รกลอกตัวก่อนกำหนด<sup>30</sup> นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มโอกาสไม่มาฝากครรภ์ตามนัด หรือเริ่มฝากครรภ์ช้าถึง 2 เท่า เพิ่มความเสี่ยงไม่มาฝากครรภ์จนถึงไตรมาสที่สาม ถึง 2 เท่า มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ถูกทำร้ายอย่างมีนัยสำคัญ หญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความรุนแรงในครอบครัวจะมีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อย และอัตราการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดสูง<sup>31</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ชนพื้นเมืองของออสเตรเลียที่ประสบกับความรุนแรงจากสามีระหว่างตั้งครรภ์ พบว่ามีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.21 เท่า มีความเสี่ยงต่อถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด 1.23 เท่า<sup>32</sup>

และการศึกษาในเอธิโอเปีย (Ethiopian) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สาม ที่ได้รับการกระทำความรุนแรงในครอบครัว เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 4.4 เท่า<sup>33</sup>

ทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 18.24 เท่า การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดสูงถึง 1 ล้านคนต่อปี<sup>5</sup> การคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ของทารกยังไม่สมบูรณ์ มีอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) มีภาวะหายใจลำบาก อาจมีภาวะแทรกซ้อน ถ้าใส่เน่าเปื่อย ภาวะจอตตาเจริญผิดปกติหรือโรคปอดเรื้อรัง นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการตายของทารกแรกเกิด<sup>34</sup> ทารกที่คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย อวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ ทารกจะมีอัตราการตาย ภาวะแทรกซ้อนและความพิการมากขึ้นสัมพันธ์กับอายุครรภ์<sup>17,35</sup> ทำให้ทารกมีโอกาสที่จะเสียชีวิตหรือทุพพลภาพมากกว่าทารกคลอดครบกำหนด อายุครรภ์ยิ่งน้อยเท่าใดโอกาสที่จะเสียชีวิตหรือทุพพลภาพจะมากขึ้น<sup>16</sup> การคลอดก่อนกำหนดพบทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (asphyxia) ที่ 1 นาทีมากถึง 64.6 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย และมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน 3.9 เท่า<sup>11</sup> ส่วนทารกที่รอดชีวิตจากการคลอดก่อนกำหนดต้องเผชิญกับความพิการ ความผิดปกติของการได้ยินและการมองเห็น<sup>36</sup>

### สรุปผล

ปัจจัยที่ทำนายการคลอดก่อนกำหนดได้เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ มีประวัติคลอดก่อนกำหนดมาก่อน ทารกร่างกายผิดปกติ ความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ มารดาอายุมาก ความรุนแรงในครอบครัว และอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกช้า ตามลำดับ ดังนั้น การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจึงควรเริ่มตั้งแต่การมาฝากครรภ์ครั้งแรกด้วยการซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การตรวจครรภ์และการประเมินความผิดปกติของทารกในครรภ์ เพื่อเฝ้าระวังและให้คำปรึกษาตามปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของมารดาแต่ละราย

### ข้อเสนอแนะ

ควรมีการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด มีความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ รวมถึงอายุมาก เพื่อให้สามารถวางแผนดูแลอย่างใกล้ชิดและลดโอกาสการคลอดก่อนกำหนด อีกทั้งประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด และความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายการคลอดก่อนกำหนด การให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ควรบูรณาการการดูแลสุขภาพจิต เช่น การให้คำปรึกษา การจัดกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด

ควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถติดตามปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้คำแนะนำและช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวตามปัญหาที่พบในหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย

### เอกสารอ้างอิง

1. พรทิพย์ เรืองฤทธิ์, สินีนาฏ หงษ์ระนัย. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. เชียงราย เวชสาร 2565;14(1):43-54.
2. อุ๋นใจ กอนันตกุล. การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันรักษา. สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ 2562;28(1):8-15.
3. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK. Births in the United States, 2019. NCHS Data Brief 2020;(387):1-8.
4. Walani SR. Global burden of preterm birth. Int J Gynaecol Obstet 2020;150(1):31-3.
5. Kinney MV, Rhoda NR. Understanding the causes of preterm birth: solutions depend on context. Lancet Glob Health 2019;7(8):e1000-e1.

6. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health data center: HDC). ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.

7. เขตสุขภาพที่ 7 กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดและการดำเนินงานการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เขตสุขภาพที่ 7. เขตสุขภาพที่ 7: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

8. กรมอนามัย. โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด ปีงบประมาณ 2567-2570. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

9. ระจิตร์ ซาครียาณิษฐ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในเขตสุขภาพที่ 5. ว.พยาบาลสาธารณสุข 2563;34(3):1-17.

10. ประชุมพร สุวรรณรัตน์, ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์, ศศิธร คำพันธ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด. ว.การพยาบาลสุขภาพและการศึกษา 2565;5(3):81-91.

11. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. ปัจจัยที่เหมาะสมในการคัดกรองการคลอดก่อนกำหนด. ว.วิชาการสาธารณสุข 2560;26(1):s64-s69.

12. กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย ฉบับ พ.ศ.2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

13. กัญญา ทูลธรรม, สุภาพร สุภาพวิวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด อัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลมหาสารคาม. ว.โรงพยาบาลมหาสารคาม 2566;20(2):75-88.

14. Kelkay B, Omer A, Teferi Y, Moges Y. Factors associated with singleton preterm birth in Shire Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018. J Pregnancy 2019;8:2019: 4629101,

15. Soltani M, Tabatabaee HR, Saeidinejat S, Eslahi M, Yaghoobi H, Mazloumi E. Assessing the risk factors before pregnancy of preterm births in Iran: a population-based case-control study. BMC Pregnancy Childbirth 2019;19:57-65.

16. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, อีระ ทองสง. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564. หน้า 244-59.

17. น้ำผึ้ง นันทวงศ์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงพยาบาลชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2565;69-81.

18. วิทมา ธรรมเจริญ, นิตศันย์ เจริญงาม, ญาดา ภาโชติติก. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. ว.ศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา 2561;10(19):188-200.

19. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alder KR, Olshansky EF. Maternity & women's health care. 12<sup>th</sup> ed. St. Louis, USA: Missouri; 2020.

20. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. กรุงเทพฯ: คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ.2565-2567 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2567.

21. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, พงษ์ศักดิ์ จันทร์งาม. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้า อายุครรภ์ก่อนคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิดของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. ว.ศูนย์อนามัยที่ 9 2568;19(2):484-95.

22. Polit DF, Hungler BF. Nursing research principles and methods. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.

23. Schlesselman JJ. Case control studies: design, control, analysis. New York: Oxford University Press; 1982.

24. กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

25. รุ่ง ชันธิชัย. ผลของโปรแกรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงโรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี. รายงานวิจัย เผยแพร่ผ่านระบบ open access (backoffice) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (UDPHO) และเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php>

26. Barrios MA, Alvarado GF. Risk Factors for premature birth in a hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem Epub 2016;24:2750-8.

27. Najafzadeh A. Stress and preterm birth: biological and vascular mechanisms affecting the fetoplacental circulation and the length of gestation. Sonography 2016;3:95-102.

28. เบญจวรรณ ละหุการ, วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, ทศณีย์ หนูนารถ, มลิวัลย์ บุตรดำ. ความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วมหานาครทรรศน์ 2563;7(10):1-13.

29. Lilliecreutz C, Larén J, Sydsjö G, Josefsson A. Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. BMC Pregnancy Childbirth 2016;16(5):1-8.

30. ทศณีย์ หนูนารถ, เบญจวรรณ ละหุการ. นุจรศไสภา. การกระทำรุนแรงในครอบครัวต่อสตรีตั้งครรภ์. ว. สังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2564;6(8):1-12.

31. Holmes MR, June-Yung Kim LY. Prenatal exposure to domestic violence: summary of key research findings. Center on Trauma and Anversity: Case Western Reserve University; 2019.

32. Lockington EP, Sherrell HC, Crawford K, Rae K, Kumar S. Intimate partner violence is a significant risk factor for adverse pregnancy outcomes. AJOG Glob Rep 2023;3(4):1-100283.

33. Melaku G, Getahun SB, Abebe M, Shumye S, Semagn S. The association between domestic violence and adverse pregnancy outcomes in pregnant women seeking antenatal care at Public Hospitals in Gedeo Zone: a prospective cohort study. J Multidiscip Healthc 2023;16:1833-43.

34. วิรุวรรณ บัวแย้ม, เพ็ญบุหลัน ยาปาน, สุจิตตรา พงศ์ประสพชัย. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2562;25:243-54.

35. Tsai JM, Tsai LY, Tsay SL, Chen YH. The prevalence and risk factors of postpartum depression among women during the early postpartum period: a retrospective secondary data analysis. Taiwan J Obstet Gynecol 2023;62(3):406-11.

36. World Health Organization. World health data platform SDG Target 3.1 maternal mortality ratio (per 100,000 live births) [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 2]. Available from: <https://who.int/topics/sustain>