

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบใหม่ต่อ ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

สุวิมลญา คงรอด พย.บ.

ชะปา ไชยฤทธิ์ พย.บ.

โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

วันรับ:	13 ธ.ค. 2560
วันแก้ไข:	19 มิ.ย. 2562
วันตอบรับ:	5 ก.ค. 2562

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาแบบใหม่ด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงทดลองโดยใช้กลุ่มทดลองหนึ่งกลุ่ม one group, pretest-posttest design ใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกรายจะได้รับการให้ความรู้ โดยก่อนให้สุขศึกษามีการทำแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ จากนั้นให้ศึกษาเป็นรายบุคคลโดยให้สามีและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์ร่วมกัน หลังจากนั้น กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินซ้ำก่อนจำหน่ายโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมอาการ 7 วันหลังจำหน่าย และติดตามการกลับมารับบริการด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า รูปแบบการให้สุขศึกษาแบบใหม่และแบบเก่าในหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) รูปแบบการให้โปรแกรมสุขศึกษาแบบเก่าและแบบใหม่หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) รูปแบบการให้โปรแกรมสุขศึกษาแบบเก่าและแบบใหม่ หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลในกลุ่มที่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และการปฏิบัติตนที่ไม่แตกต่างกัน และพบว่าโปรแกรมสุขศึกษามีเนื้อหามากเกินไป เนื้อหาที่ไม่ครอบคลุมแบบสอบถาม ใช้คำที่มีศัพท์แพทย์ หญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจ แบบสอบถามใช้รูปแบบ ระดับคะแนนของไลเคิร์ต (5 ระดับ) บางครั้งตัดสินใจได้ยาก เก็บแบบสอบถามโดยการหว่านแบบสอบถาม ซึ่งหญิงตั้งครรภ์อาจอยู่ในภาวะเครียด ข้อคำถามอาจมีความหมายกำกวมคือผู้ตอบแต่ละคนอาจจะเข้าใจความหมายของข้อความไม่เหมือนกัน และช่วงเวลาตอบคำถาม pre-test และ post-test ห่างกันประมาณ 1 วันทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้ใส่ใจข้อคำถามมากนัก ระดับการศึกษาและอายุ มีผลต่อระดับความรู้และพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรปรับปรุงรูปแบบการสอนสุขศึกษาโดยพิจารณาลดคำศัพท์ทางการแพทย์ลง และอาจใช้ภาษาถิ่นให้มากขึ้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อจำกัดด้านความรู้ ได้เข้าใจเนื้อหาสุขศึกษามากขึ้น ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ การได้โปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีประสิทธิผลโดยการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

คำสำคัญ: การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด; การคลอดก่อนกำหนด; อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย ยังเป็นปัญหาที่สำคัญทางสูติกรรม พบอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ 10.0-12.0 ใน 180 ประเทศทั่วโลกพบอุบัติการณ์เฉลี่ยที่ร้อยละ 5.0-18.0 ของการเกิดมีชีพ 100 ราย การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด⁽¹⁾ พบว่าร้อยละ 70.0-80.0 ของเด็กที่เสียชีวิตในขวบปีแรก ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติหรือโรคในช่วงตั้งครรภ์ ถึงระยะ 7 วันหลังคลอดหรือเรียกระยะปริกำเนิด ที่สำคัญคือภาวะคลอดก่อนกำหนด การขาดออกซิเจน และความพิการแต่กำเนิด⁽²⁾ ทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลทารกที่มีภาวะดังกล่าวยังไม่เพียงพอ พบว่าร้อยละ 50.0 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน⁽³⁾ แต่อาจมีสาเหตุจากหญิงตั้งครรภ์ทำงานหนัก เครียด พักผ่อนไม่เพียงพอ ส่วนที่ทราบสาเหตุมักเกิดจากโรคหรือความผิดปกติของมารดาขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำก่อนกำหนด ตั้งครรภ์แฝด ความดันโลหิตสูง เบาหวานขณะตั้งครรภ์ รกเกาะต่ำ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนนักศึกษา การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดมักเกิดจากไม่รู้วิธีการดูแลตนเอง มีความล่าช้าในการเข้ารับบริการ ยังไม่รวมงบประมาณในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและค่าใช้จ่าย การดูแลทารกตลอดชีวิต หากมีความพิการที่เกิดขึ้น เนื่องจากปัจจุบันทารกคลอดก่อนกำหนดจำเป็นต้องรักษาในห้องอภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งมีเฉพาะโรงพยาบาลในจังหวัดหรือในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย นอกจากนี้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ของทารกยังไม่สมบูรณ์ อาจมีภาวะแทรกซ้อน ลำไส้เน่าเปื่อยภาวะจอตาเจริญผิดปกติ หรือโรคปอดเรื้อรัง ถือเป็นภาวะของครอบครัวเป็นอย่างมาก⁽⁴⁾

อุบัติการณ์ของโรงพยาบาลกันตัง มารดาคลอดก่อนกำหนดในปี 2557-2559 มีแนวโน้มสูงขึ้น (ร้อยละ 8.29, 9.11 และ 9.06) และพบภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (low birth weight: LBW) ร้อยละ 2.53, 2.71 และ 2.37 ตามลำดับ ปัญหาที่พบคือ ทารกเกิดภาวะ

อุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) มีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS) ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลต้ง ปีละ 3-4 ราย เกิดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา และเพิ่มภาระให้ครอบครัวและพ่อแม่เด็ก และจากการซักถามและเก็บข้อมูลพบว่า สาเหตุสำคัญของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคือ หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ไม่เพียงพอเรื่องการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด มีผลทำให้มารับบริการช้า ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อมีภาวะผิดปกติ

โรงพยาบาลกันตังมีแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โดยให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก ซึ่งต้องนอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 2-3 วัน เน้นการให้สุขศึกษารายบุคคลที่มีรูปแบบไม่ชัดเจน ขาดการค้นหาปัญหาที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ทำให้หญิงตั้งครรภ์ขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง และพบอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 3 ราย ในปี 2559 คิดเป็นร้อยละ 2.5 ของมารดาที่นอนโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (การเจ็บครรภ์ที่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีผลทำให้ปากมดลูกบางตัวลงตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ถึงก่อน 37 สัปดาห์) ดังนั้นผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาการให้ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด และการพัฒนาโปรแกรมการสอนสุขศึกษาเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีประสิทธิภาพ ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย เพื่อส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง ทศนคติเชิงบวกและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ หรือเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถดูแลตนเองและสังเกตอาการผิดปกติที่มาโรงพยาบาลได้ทันเวลา และเพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครรภ์ครบกำหนดคลอด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาแบบใหม่ ด้านความรู้

ทักษะ และ การปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

วิธีการศึกษา

ดำเนินการวิจัยโดยใช้หนึ่งกลุ่มทดลอง one group, pretest-posttest design กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28 - 36 สัปดาห์ 6 วัน มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด นอนโรงพยาบาล ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลกันตัง ช่วงวันที่ 1 มีนาคม - 30 พฤษภาคม 2560

รูปแบบการให้สุขศึกษา

1. ก่อนให้สุขศึกษา มีการทำแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ ของหญิงตั้งครรภ์
2. ให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคล โดยให้สามีและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์ร่วมกัน
3. ประเมินแบบสอบถาม หลังให้สุขศึกษา 1 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย คือ แผนการสอนสุขศึกษาเรื่องภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการสอน

เมื่อได้รับการสอนจากโปรแกรมการให้ความรู้รูปแบบใหม่แล้ว กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินซ้ำก่อนจำหน่ายโดยใช้เครื่องมือชุดเดิมในการประเมิน รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมอาการ 7 วันหลังจำหน่าย และติดตามการกลับมารับบริการด้วยภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดจำนวน 10 ราย อายุเฉลี่ย 26.5 ปี (ช่วงอายุ 21-25 ปี) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวนร้อยละ 80.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 90.0 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.0 ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ

50.0 อยู่อาศัยบ้านเดียวกับสามี ร้อยละ 60.0 เมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจจะมีการปรึกษาร้อยละ 100.0 โดยบุคคลที่จะปรึกษาคือ สามี ร้อยละ 50.0 มีรายได้เฉลี่ย 9,250 บาท/เดือน มีรายได้เพียงพอกับการใช้จ่าย ร้อยละ 50.0 ประวัติการตั้งครรภ์เป็นหญิงตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 50.0 ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่างพบว่าจากคะแนนรวม 14.0 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 11.6 คะแนน อยู่ในระดับคะแนนสูงทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้รูปแบบใหม่ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลัง พบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยต่อรูปแบบการให้ความรู้ก่อนและหลังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่างจากคะแนนรวม 125.0 คะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนให้ความรู้ 104.4 คะแนนและหลังให้ความรู้ 103.4 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่า คะแนนการปฏิบัติตัวเฉลี่ยต่อรูปแบบการให้ความรู้ก่อนและหลังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่างจากคะแนนรวม 33 คะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังให้ความรู้ 30 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่าคะแนนทัศนคติเฉลี่ยต่อรูปแบบการให้ความรู้ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ผลการดำเนินงานพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ทำวิจัย กลับมาโรงพยาบาลได้ทันท่วงทีคือ มาเร็วมากขึ้นสามารถสังเกตภาวะผิดปกติได้ 2 ราย และพบว่า การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครรภ์ครบกำหนด ทั้ง 10 ราย

Effectiveness of an Education Program on Knowledge, Attitude and Practice of Pregnant Women with Premature Labour

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ห้องคลอด โรงพยาบาลกันตัง (n=10)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (ปี)			ลักษณะการอยู่อาศัย		
15-19	3	30.0	อยู่กับสามี	6	60.0
20-24	1	10.0	อยู่ร่วมกับบิดา/มารดาของสามี	3	30.0
25-29	2	20.0	อยู่ร่วมกับบิดา/มารดาของตนเอง	1	10.0
30-34	3	30.0	เมื่อมีปัญหา ปรึกษาผู้อื่นหรือไม่		
35-39	1	10.0	ปรึกษา	10	100.0
Mean = 26.5 (Min=16, Max=38)			บุคคลที่ท่านปรึกษา		
โรคประจำตัว			สามี	3	30.0
มี	2	20.0	บิดา/มารดาของตนเอง	5	50.0
ไม่มี	8	80.0	บิดา/มารดาของสามี	1	1.0
สถานภาพสมรส			ญาติ	3	30.0
สมรส	9	90.0	เพื่อน	2	20.0
แยก	1	10.0	อื่นๆ	1	10.0
ระดับการศึกษา	1	10.0	รายได้ต่อเดือน		
ประถมศึกษา	6	60.0	เพียงพอ	5	50.0
มัธยมศึกษา	3	30.0	Mean = 9250 (Min=0, Max=20,000)		
ปริญญาตรี			ประวัติการตั้งครรภ์		
อาชีพ			ครรภ์แรก	5	50.0
แม่บ้าน	5	50.0	ครรภ์หลัง	5	50.0
ค้าขาย	3	30.0			
อื่นๆ	2	20.0			

ตารางที่ 2 ความรู้ก่อนและหลังให้สุขศึกษา โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test (n=10)

การประเมิน	จำนวน (ราย) จำแนกตามระดับความรู้			Mean	Mean Rank	Asymp.sig (2-tailed)
	คะแนนต่ำ	คะแนนปานกลาง	คะแนนสูง			
ก่อน (pre-test)	0	1	9	11.60	4.50	
*min 8 max 14						1.00
หลัง (post-test)	0	1	9	11.60	4.50	
*min 9 max 13						

หมายเหตุ: คะแนนต่ำ = 0-4 คะแนน; คะแนนปานกลาง = 5-9 คะแนน; คะแนนสูง = 10-14 คะแนน

* p<0.05

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบใหม่ต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

ตารางที่ 3 คะแนนของการปฏิบัติตัว เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test (n=10)

การประเมิน	Mean	Std.	Mean Rank	Asymp.Sig (2-tailed)
คะแนนรวม 125 คะแนน				
ก่อน (pre-test)	104.4	10.64	4.6	0.759
*Min 91, Max 119				
หลัง (post-test)	103.4	10.20	6.10	
*Min 93, Max 122				

* p<0.05

ตารางที่ 4 คะแนนของการทัศนคติ เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test (n =10)

การประเมิน	Mean	Std.	Mean Rank	Asymp.Sig (2-tailed)
คะแนนรวม 33 คะแนน				
ก่อน (pre-test)	18.4	2.54	0.00	0.005
*Min 13, Max 21				
หลัง (post-test)	30	2.10	5.50	
*Min 21, Max 33				

* p<0.05

วิจารณ์

จากผลการศึกษาที่สรุปได้ว่า ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังได้รับการสอนสุขศึกษาแบบใหม่ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังได้รับการสอนสุขศึกษาแบบใหม่ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ทัศนคติ ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังได้รับการสอนสุขศึกษาแบบใหม่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ผลในกลุ่มที่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และการปฏิบัติตนที่ไม่แตกต่างกัน

โปรแกรมสุขศึกษาอาจมีเนื้อหาที่ใช้คำที่มีคำศัพท์ทางการแพทย์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์บางรายไม่เข้าใจ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นครรภ์แรก และอายุน้อย จาก

การสังเกตพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อาจอยู่ในภาวะเครียดซึ่งอาจเกิดได้จากภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และสาเหตุอื่นๆ โดยเฉพาะรายที่อายุน้อย เช่น 15 ปี เมื่อสอบถามพบว่า มีภาวะเครียดจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและต้องอาศัยอยู่กับครอบครัวของสามีซึ่งแม่สามีอาจไม่เข้าใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ประกอบกับการมีความขัดแย้งกันระหว่างสามีกับหญิงตั้งครรภ์ตลอดเวลาและทุกครั้งที่มาอนโรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้อาจกระทบต่อสมาธิในการฟังสุขศึกษาและกระบวนการคิดการจำของหญิงตั้งครรภ์

กระบวนการคิดการจำ และการทำความเข้าใจเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาที่มากเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของปิยะพร กองเงิน และ

คณะ⁽⁵⁾ ที่ให้คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับหญิงตั้งครรภ์นำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน ทำให้มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การเสริมพลังอำนาจของการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยเฉพาะสามีที่จะทำให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปจนครบกำหนดคลอดโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้⁽⁶⁾

เอกสารอ้างอิง

1. อุ๋นใจ กอนันตกุล. การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันรักษา สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ 2562;28(1):8-15.
2. หทัยรัตน์ เรื่องเดชะณรงค์, นพธีระ ทองแสง. Update on preterm labor [อินเทอร์เน็ต]. 2016 [สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=1265:update-in-preterm-labor&catid=45&Itemid=561
3. ชเนนทร์ วนาภีรักษ์: ธีระ ทองสง. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. สูติศาสตร์. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 5. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2555: 221-228.
4. ประนอม บุพศิริ. คลอดก่อนกำหนด (preterm labor [อินเทอร์เน็ต]. 2015 [สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://haamor.com/th/คลอดก่อนกำหนด/>
5. ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา, กาญจนา สมบัติศิรินันท์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย วารสารการพยาบาล 2016; 31(3):67-79.
6. กันทิมา ขาวเหลือง, ปรียกมล รัชกุล, เรณู พุกบุญมี. การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง. วารสารวิจัยทาง-วิทยาศาสตร์สุขภาพ 2555;6(1):27-39.

Abstract: Effectiveness of an Education Program on Knowledge, Attitude and Practice of Pregnant Women with Premature Labour

Suwanya Kongroad, B.N.S.; Chapa Chirit, B.N.S.

Kantung Hospital, Trang Province, Thailand

Journal of Health Science 2020;29(6):1055-61.

The objective of this study was to assess the effectiveness of a new health education program on knowledge, attitude and practice of pregnant women with preterm labor. It was conducted as a one group, pretest-posttest design. All pregnant women with the sign of preterm labor were recruited. They received individual health education together with their husband and relatives who involved in the provision of care. Data on knowledge and practice were collected at the beginning of the process and before discharge. The data were analyzed by using mean, standard deviation, and Wilcoxon signed ranks test. The results of the study revealed that there was no difference on knowledge and practice between the new and old forms of health education in pregnant women ($p>0.05$). However, significant difference on the attitude among the pregnant women was observed ($p<0.05$). There were weaknesses identified which included the heavy contents of the education program of which the topics were not included in the questionnaire. Too many medical terms used in the questionnaire were not understandable by the pregnant women. In addition, it was difficult to make judgement on the 5-level Likert scale, not to mention that the women were under stressful circumstance at one day post-delivery. The author recommended that another study be conducted by using proper education manual that contained less medical terms and more local language. It is expected that the use of appropriate health education program for pregnant women and their families would improve knowledge, attitude and practice of pregnant women in order to prevent miscarriage.

Keywords: preterm labour; premature contraction; preterm birth