

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๘	นางสาวนารัตน์ แก้วนภสิการณ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลหนองฉาง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด	๘๕๕๗๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลหนองฉาง กลุ่มงานการพยาบาล	๘๕๕๕๓	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ผลของการพัฒนาแนวทางการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนหน้าทารกแรกเกิด และผลลัพธ์การคลอด (Effects of The Development of Fetal Weight Estimation on Neonatal Birth Weight and Childbirth Outcomes”					๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด”					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (เรื่องที่ ๑)

๑. เรื่อง ผลของการพัฒนาแนวทางการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด และผลลัพธ์การคลอด (Effects of The Development of Fetal Weight Estimation on Neonatal Birth Weight and Childbirth Outcomes)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๔ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง มกราคม ๒๕๖๗)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ มีสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการผดุงครรภ์ จากการรับรองโดยสภาการพยาบาล มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลมารดาและทารกทั้งระยะก่อนคลอด คลอด และหลังคลอด

๓.๒ มีความสามารถในการเข้าถึงและสืบค้นความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อใช้พัฒนาการปฏิบัติงาน

๓.๓ มีความรู้การทำวิจัย และการใช้สูตรสถิติขั้นสูงชนิด Excel สำเร็จรูป

๓.๔ สามารถสอน ชี้นำ โค้ช นิเทศพยาบาลทีมห้องคลอดให้มีสมรรถนะการวัดขนาดหน้าท้องมารดา ก่อนคลอดที่ถูกต้องแม่นยำและปฏิบัติได้ใกล้เคียงกันทุกคน เพื่อใช้ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนคลอด

๓.๕ มีความคิดสร้างสรรค์ ต่อยอด จัดทำตารางสำเร็จรูปน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน เพื่อความสะดวกรวดเร็วและถูกต้องต่อการใช้งาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ที่แม่นยำมีความสำคัญอย่างมาก ต่อการตัดสินใจในการดูแลและวางแผนการคลอดที่เหมาะสมทั้งอายุครรภ์ วิธีคลอด และสถานที่คลอด เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก โดยพบว่าทารกที่น้ำหนักไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์จะมีอัตราป่วยและตายมากกว่าทารกที่เจริญเติบโตปกติ หากทารกในครรภ์ตัวโต (macrosomia) ย่อมเสี่ยงต่อการคลอดยาก คลอดติดไหล่ (shoulder dystocia) ทำให้เกิดการบาดเจ็บเส้นประสาทแขน (brachial plexus injury) กระดูกไหปลาร้าหัก (fracture clavicle)^๑ หรือในกรณีทารกน้ำหนักตัวน้อยเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth restriction) อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (birth asphyxia)^๒ รวมถึงมีการฟ้องร้องเมื่อเกิดผลลัพธ์การคลอดทารกที่ไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนคลอดได้อย่างแม่นยำจะช่วยให้วางแผนการคลอดได้อย่างเหมาะสมปลอดภัย ช่วยลดอุบัติการณ์ความพิการและอัตราการตายปริกำเนิดลงได้

การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอดมีหลายวิธี เช่น การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) การคลำและวัดขนาดมดลูกของตามสูตรของ Dare (Dare's formula) และ Johnson (Johnson's formulas) เป็นต้น การ ultrasound ให้ความแม่นยำและใกล้เคียงกับน้ำหนักแรกเกิดซึ่งต้องอาศัยผู้มีประสบการณ์ในการตรวจและมีข้อจำกัด เนื่องจากบางโรงพยาบาลไม่มีสูติแพทย์^๓ การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีการ Dare's formula โดยใช้ ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกและเส้นรอบท้องของมารดา (หน่วยเป็นเซนติเมตร) ผลคือน้ำหนักทารกในครรภ์ (หน่วยเป็นกรัม) พบว่ามีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดเมื่อช่วงภายใน ๓๐ นาทีหลังคลอด^๔ โดยเฉพาะในผู้คลอดครรภ์ครบกำหนดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์พบว่า มีความแม่นยำและได้ค่าใกล้เคียงกับน้ำหนักทารกแรกเกิด^๕ นอกจากนี้มี

การศึกษาเปรียบเทียบการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์คลอดด้วย ultrasound, Johnson's และ Dare's formula พบว่า Dare's formula มีความแม่นยำ และใกล้เคียงกับน้ำหนักทารกแรกเกิดมากที่สุด รองลงมาคือ Ultrasound และ Johnson's formulas^{๖๘} กล่าวคือ วิธีการของ Johnson's formulas มีความคลาดเคลื่อนในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์มากที่สุด^{๖๙} นอกจากนี้มีการใช้วิธีการของ Dare's formula คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในผู้คลอดที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ เกินเกณฑ์ และอ้วน พบว่าไม่มีผลต่อความแม่นยำในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์^{๗๐} วิธีการของ Dare's formula จึงมีความแม่นยำและดีที่สุดในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนคลอด^{๗๑}

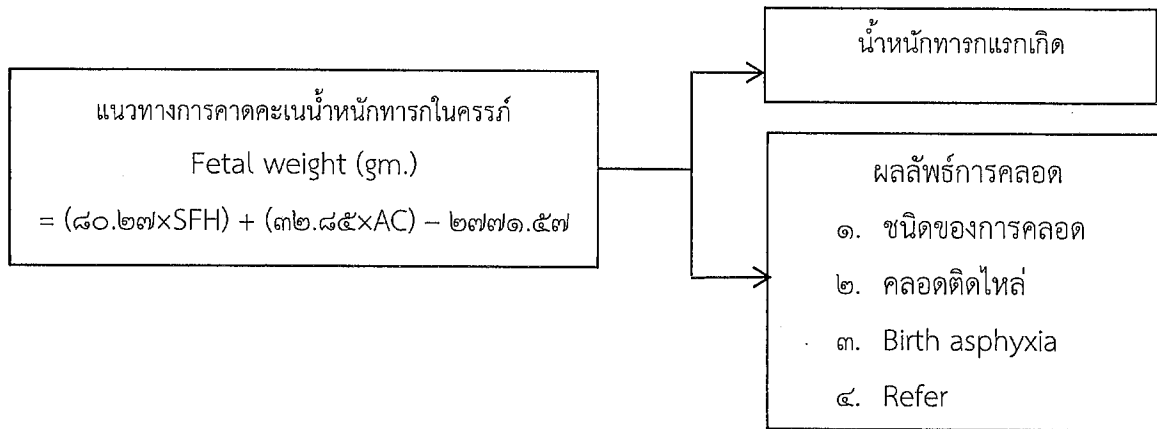
งานห้องคลอด โรงพยาบาลหนองฉาง เป็นโรงพยาบาลชุมชนไม่มีสูติแพทย์ แพทย์ไม่สามารถใช้ ultrasound เพื่อคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ให้กับผู้คลอดได้ทุกราย อีกทั้ง ultrasound ยังมีข้อจำกัดเมื่อศีรษะทารกเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกรานแล้วทำให้น้ำหนักทารกในครรภ์ที่คาดคะเนได้มีความคลาดเคลื่อนจากน้ำหนักทารกแรกเกิด เดิมพยาบาลห้องคลอดใช้วิธีการ Dare's formula คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ให้ผู้คลอดทุกราย พบว่าการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดมีทั้งค่าที่ใกล้เคียงและค่าที่คลาดเคลื่อนสูง ส่งผลให้ปี ๒๕๕๘ มีการทำคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม ๕ ราย คลอดติดไหล่ ๔ ราย เกิด brachial plexus injury ๑ ราย และมารดาตกเลือดหลังคลอดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด ๒ ราย^{๗๒} ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้าพบว่าจากงานวิจัยของนุสรุา พัวรัตนอรุณกร ได้ศึกษาและสร้างสมการในการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่ามีตัวแปรอิสระเพียง ๒ ตัว คือ SFH และ AC ที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สมการที่ได้คือ Fetal Weight (grams) = (๘๐.๒๗×SFH) + (๓๒.๘๕×AC) - ๒๗๗๑.๕๗^{๗๓} ปี ๒๕๖๐ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความแม่นยำในการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดจากสูตรของนุสรุา กับ Dare's formula โดยศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดทั้งหมด ๑๐๘ ราย พบว่าน้ำหนักทารกเฉลี่ยจากสูตรของนุสรุากับน้ำหนักทารกจริงไม่แตกต่างกัน (p = ๐.๔๒๐) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ส่วนน้ำหนักทารกเฉลี่ยจากสูตรของ Dare แตกต่างกับน้ำหนักทารกจริง (p = ๐.๐๐๐) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ จึงสรุปได้ว่าการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากสูตรของนุสรุา มีความแม่นยำมากกว่าสูตรของ Dare's Formula^{๗๔}

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนคลอดจากสูตร Fetal Weight (grams) = (๘๐.๒๗×SFH) + (๓๒.๘๕×AC) - ๒๗๗๑.๕๗ มาใช้กับผู้คลอดทุกรายตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ จนถึงปัจจุบัน เนื่องจากมีความแม่นยำในการคาดคะเนน้ำหนักทารกก่อนคลอดเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ไม่สิ้นเปลือง พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ทุกคน ทุกที่ ทุกเวลา ในการคัดกรองเบื้องต้นและการวางแผนการคลอดที่ปลอดภัย และเพื่อต้องการติดตามผลของการใช้แนวทางการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนคลอดที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดและผลลัพธ์การคลอด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประเมินประสิทธิผลของแนวทางที่พัฒนาและประโยชน์ที่ได้รับ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด และผลลัพธ์การคลอด

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการดำเนินงาน :

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการการคลอด แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

แหล่งข้อมูล ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนผู้คลอด และทะเบียนการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ประชากรที่จะศึกษา/กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มารับบริการการคลอด แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ จำนวน ๑๗๗ ราย ที่ได้รับการตรวจครรภ์จากพยาบาลห้องคลอดที่ผ่านการฝึกทักษะการวัดขนาดมดลูก ในท่านอนหงายราบเหยียดขาตรง หลังจากถ่ายปัสสาวะแล้ว ใช้สายเทปวัด (Non - elastic measuring tape) หน่วยเป็นเซนติเมตร วัดความสูงของมดลูก (SFH) ขณะมดลูกคลายตัวจากขอบบนของกระดูกหัวหน่าวทาบไปตามหน้าท้องมารดาผ่านสะดือไปจนถึงยอดมดลูก และวัดความยาวของเส้นรอบวงท้องที่ระดับสะดือ (AC) แล้วนำมาคำนวณน้ำหนักทารกในครรภ์ตามสูตร $Fetal\ weight\ (gm.) = (๘๐.๒๗ \times SFH) + (๓๒.๘๕ \times AC) - ๒๗๗๑.๕๗$ หลังคลอดชั่งน้ำหนักทารกแรกเกิดภายใน ๓๐ นาที ด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอลเครื่องเดียวกันที่ผ่านการสอบเทียบเครื่องมือ (Calibration)

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

๑. เกณฑ์รับอาสาสมัคร (Inclusion criteria)
 - เป็นการตั้งครรภ์เดี่ยว
 - อายุครรภ์ ๓๔ – ๔๑ สัปดาห์
 - ทารกในครรภ์มีส่วนนำเป็นศีรษะ
 - ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก
๒. เกณฑ์คัดอาสาสมัครออก (Exclusion criteria)
 - เจ็บครรภ์เตือน (ไม่คลอด)
 - ในรายส่งต่อที่ไม่สามารถติดตามผลการคลอดได้

วิธีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

๑. ออกแบบเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยการสืบค้นและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารวิชาการ และงานวิจัยจากของไทยและของต่างประเทศในประเด็นวิธีการการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนคลอด และผลกระทบจากการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยและมาก
๒. ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เอกสารรับรองเลขที่ ๓๕/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖
๓. สืบค้นรายชื่อของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการการคลอด ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ จากทะเบียนคลอด แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลหนองฉาง
๔. ทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้คลอด โรงพยาบาลหนองฉาง ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕
๕. ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเวชระเบียน
๖. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลการคลอดและการส่งต่อ ข้อมูลน้ำหนักทารกที่คาดคะเนก่อนคลอด และข้อมูลน้ำหนักทารกจริงหลังคลอด

การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

๑. หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
๒. หาค่าความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลผลลัพธ์ของการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง
๓. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดที่เป็นจริง กับ น้ำหนักที่ได้จากการคาดคะเน

จากแนวทางที่พัฒนาด้วยสถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .๐๕

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = ๑๗๗)

ข้อมูลทั่วไป	Range	Mean	Std. Deviation
อายุ (ปี)	๑๔ - ๔๘	๒๖.๔๒	๗.๒๕
น้ำหนัก (กก.)	๔๖ - ๑๐๘	๖๙.๘๙	๑๔.๓๖
ส่วนสูง (ซม.)	๑๔๕ - ๑๗๒	๑๕๘.๓๕	๕.๕๖
ดัชนีมวลกายก่อนคลอด (BMI) (กก./ม ^๒)	๑๙.๒๒ - ๔๔.๙๑	๒๗.๘๐	๕.๑๙
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	๓๔ - ๔๑	๓๙.๐๔	๑.๒๘
ความสูงของมดลูก (ซม.)	๒๔ - ๔๐	๓๓.๕๓	๒.๕๐
ความยาวของเส้นรอบวงท้องที่ระดับสะดือ (ซม.)	๗๘ - ๑๑๔	๙๗.๕๐	๘.๖๗

ผลการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการการคลอด ๑๗๗ ราย ร้อยละ ๖๓ เป็นมารดาครรภ์หลัง มีอายุเฉลี่ย ๒๖.๔๒ ± ๗.๒๕ ปี อายุครรภ์เฉลี่ย ๓๙.๐๔ ± ๑.๒๘ สัปดาห์ น้ำหนักเฉลี่ย ๖๙.๘๙ ± ๑๔.๓๖ กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย ๑๕๘.๓๕ ± ๕.๕๖ เซนติเมตร ดัชนีมวลกายก่อนคลอด (BMI) เฉลี่ย ๒๗.๘๐ ± ๕.๑๙ กิโลกรัม/เมตร^๒ ความสูงของมดลูก (SFH) เฉลี่ย ๓๓.๕๓ ± ๒.๕๐ เซนติเมตร เส้นรอบวงท้อง (AC) เฉลี่ย ๙๗.๕๐ ± ๘.๖๗ เซนติเมตร (ตารางที่ ๑)

ตารางที่ ๒ ข้อมูลผลลัพธ์ของการคลอด (N = ๑๗๗)

ข้อมูลการคลอด	โรงพยาบาลหนองฉาง จำนวน (ร้อยละ)	โรงพยาบาลอุทัยธานี จำนวน (ร้อยละ)
สถานที่คลอด	๑๒๕ (๗๐.๖๒)	๕๒ (๒๙.๓๘)
การส่งต่อ (Refer)	-	๕๒ (๒๙.๓๘)
- ทารกตัวโต (large fetus)	-	๘ (๑๕.๓๘)
วิธีการคลอด		
- คลอดปกติ	๑๒๕ (๑๐๐)	๓๒ (๖๑.๕๔)
- ผ่าตัดคลอด	๐	๑๕ (๒๘.๘๕)
- เครื่องดูดสุญญากาศ	๐	๕ (๙.๖๑)
คลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia)	๐	๐
ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (Birth asphyxia)	๐	๑ (๑.๙๒)

จากตารางที่ ๒ หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ ๗๐.๖๒ คลอดปกติทั้งหมดที่โรงพยาบาลหนองฉางโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ ๒๙.๓๘ ได้รับการส่งต่อไปคลอดที่โรงพยาบาลอุทัยธานี เป็นการคลอดปกติร้อยละ ๖๑.๕๔ ผ่าตัดร้อยละ ๒๘.๘๕ และใช้เครื่องดูดสุญญากาศร้อยละ ๙.๖๑ โดยมีทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ๑ ราย ในรายส่งต่อมีข้อบ่งชี้ทารกในครรภ์ตัวโต (large fetus) จำนวน ๘ ราย พบว่าได้รับการผ่าคลอด ๓ ราย ทารกน้ำหนัก ๔,๔๕๐, ๔,๐๔๐, ๓,๙๙๐ กรัมตามลำดับ

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดที่เป็นจริง กับ น้ำหนักที่ได้จากการคาดคะเน (N = ๑๗๗)

Fetal weight	Range	Mean ± SD	Standard error mean	Mean difference	t	p-value*
จากการคาดคะเน	๒,๑๐๓ - ๔,๑๘๔	๓,๑๓๓.๗๓ ± ๔๐๔.๘๔	๓๐.๐๕๒	- ๓๒.๐๓	- ๑.๐๖๖	๐.๑๔๔
น้ำหนักทารกจริง	๑,๙๒๐ - ๔,๔๕๐	๓,๑๐๑.๗๑ ± ๔๓๐.๔๗				

*p < .๐๑ df = ๑๗๖

จากตารางที่ ๓ พบว่า น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนเฉลี่ย เท่ากับ ๓,๑๓๓.๗๓ ± ๔๐๔.๘๔ กรัม และน้ำหนักทารกแรกเกิดจริงเฉลี่ย เท่ากับ ๓,๑๐๑.๗๑ ± ๔๓๐.๔๗ กรัม (Mean difference = - ๓๒.๐๓) เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักทารกเฉลี่ยจากการคาดคะเนจากแนวทางที่พัฒนากับน้ำหนักทารกแรกเกิดจริงไม่แตกต่างกัน (p = ๐.๑๔๔) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

สรุปผลการศึกษา

การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากแนวทางที่พัฒนา มีความแม่นยำ เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ไม่สิ้นเปลือง เหมาะสำหรับการคัดกรองเบื้องต้นในห้องคลอด สามารถปฏิบัติได้ทุกคน ทุกที่ ทุกเวลาโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อใช้เป็นข้อมูลการคาดคะเนน้ำหนักทารกก่อนคลอดและวางแผนการคลอดที่เหมาะสมปลอดภัย

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- ๖.๑ ใช้เป็น Best practice ในการประเมินหรือคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนคลอดโดยพยาบาล เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ประหยัด และปลอดภัย ทดแทนการใช้เครื่องอัลตราซาวด์ที่มีข้อจำกัด
- ๖.๒ ใช้ข้อมูลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ เพื่อประกอบการวางแผนการคลอดที่เหมาะสม ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก (ด้านสถานที่คลอด และ วิธีคลอด)
- ๖.๓ ผู้คลอดที่ผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ที่มากหรือน้อยเข้าเกณฑ์ส่งต่อ จะได้รับการ ประเมินซ้ำโดยแพทย์และส่งต่อไปคลอดที่โรงพยาบาลอุทัยธานี
- ๖.๔ จากสูตรได้สร้างเป็นตารางน้ำหนักทารกในครรภ์สำเร็จรูปจากการแทนค่า SFH และ AC ที่ค่าต่างๆ เพื่อความถูกต้อง สะดวก และรวดเร็วในการใช้งาน (ดังตารางด้านล่าง)

ตารางน้ำหนักทารกที่คาดคะเนจากส่วนสูงของมดลูก (SFH) และ เส้นรอบวงหน้าท้องมารดา (AC) ที่ค่าต่างๆกัน
สูตร Fetal weight (gm.) = (๘๐.๒๗×SFH) + (๓๒.๘๕×AC) - ๒๗๗๑.๕๗

SFH (cm) \ AC (cm)	๒๖	๒๘	๓๐	๓๒	๓๔	๓๖	๓๘	๔๐	๔๒	๔๔
๗๖	๑๘๑๒	๑๙๗๒	๒๑๓๓	๒๒๙๓	๒๔๕๔	๒๖๑๔	๒๗๗๕	๒๙๓๕	๓๐๙๖	๓๒๕๖
๗๘	๑๘๗๗	๒๐๓๘	๒๑๙๘	๒๓๕๙	๒๕๑๙	๒๖๘๐	๒๘๔๐	๓๐๐๑	๓๑๖๒	๓๓๒๒
๘๐	๑๙๔๓	๒๑๐๓	๒๒๖๔	๒๔๒๕	๒๕๘๕	๒๗๔๖	๒๙๐๖	๓๐๖๗	๓๒๒๗	๓๓๘๘
๘๒	๒๐๐๙	๒๑๖๙	๒๓๓๑	๒๔๙๑	๒๖๕๑	๒๘๑๑	๒๙๗๒	๓๑๓๒	๓๒๙๓	๓๔๕๔
๘๔	๒๐๗๕	๒๒๓๕	๒๓๙๕	๒๕๕๖	๒๗๑๗	๒๘๗๗	๓๐๓๘	๓๑๙๘	๓๓๕๙	๓๕๑๙
๘๖	๒๑๔๐	๒๓๐๑	๒๔๖๑	๒๖๒๒	๒๗๘๒	๒๙๔๓	๓๑๐๓	๓๒๖๔	๓๔๒๔	๓๕๘๕
๘๘	๒๒๐๖	๒๓๖๖	๒๕๒๗	๒๖๘๗	๒๘๔๘	๓๐๐๘	๓๑๖๙	๓๓๓๐	๓๔๙๐	๓๖๕๑
๙๐	๒๒๗๑	๒๔๓๒	๒๕๙๓	๒๗๕๓	๒๙๑๔	๓๐๗๕	๓๒๓๕	๓๓๙๕	๓๕๕๕	๓๗๑๖
๙๒	๒๓๓๗	๒๔๙๘	๒๖๕๘	๒๘๑๙	๒๙๗๙	๓๑๔๐	๓๓๐๐	๓๔๖๑	๓๖๒๑	๓๗๘๒
๙๔	๒๔๐๓	๒๕๖๓	๒๗๒๔	๒๘๘๔	๓๐๔๕	๓๒๐๖	๓๓๖๖	๓๕๒๗	๓๖๘๗	๓๘๔๘
๙๖	๒๔๖๙	๒๖๒๙	๒๗๙๐	๒๙๕๐	๓๑๑๑	๓๒๗๑	๓๔๓๒	๓๕๙๒	๓๗๕๓	๓๙๑๓
๙๘	๒๕๓๕	๒๖๙๕	๒๘๕๕	๓๐๑๖	๓๑๗๖	๓๓๓๗	๓๔๙๗	๓๖๕๗	๓๘๑๙	๓๙๗๙
๑๐๐	๒๖๐๐	๒๗๖๐	๒๙๒๑	๓๐๘๒	๓๒๔๒	๓๔๐๓	๓๕๖๓	๓๗๒๒	๓๘๘๔	๔๐๔๕
๑๐๒	๒๖๖๖	๒๘๒๖	๒๙๘๗	๓๑๔๗	๓๓๐๘	๓๔๖๘	๓๖๒๙	๓๗๘๙	๓๙๕๐	๔๑๑๑
๑๐๔	๒๗๓๑	๒๘๙๒	๓๐๕๒	๓๒๑๓	๓๓๗๔	๓๕๓๕	๓๖๙๕	๓๘๕๕	๔๐๑๖	๔๑๗๖
๑๐๖	๒๗๙๗	๒๙๕๘	๓๑๑๘	๓๒๗๙	๓๔๓๙	๓๖๐๐	๓๗๖๐	๓๙๒๑	๔๐๘๑	๔๒๔๒
๑๐๘	๒๘๖๓	๓๐๒๓	๓๑๘๔	๓๓๔๔	๓๕๐๕	๓๖๖๕	๓๘๒๖	๓๙๘๗	๔๑๔๗	๔๓๐๘
๑๑๐	๒๙๒๘	๓๐๘๙	๓๒๕๐	๓๔๑๐	๓๕๗๑	๓๗๓๑	๓๘๙๒	๔๐๕๒	๔๒๑๓	๔๓๗๙
๑๑๒	๒๙๙๔	๓๑๕๕	๓๓๑๕	๓๔๗๖	๓๖๓๖	๓๗๙๗	๓๙๕๗	๔๑๑๘	๔๒๗๘	๔๔๓๙
๑๑๔	๓๐๖๐	๓๒๒๐	๓๓๘๑	๓๕๔๑	๓๗๐๒	๓๘๖๓	๔๐๒๓	๔๑๘๔	๔๓๔๔	๔๕๐๕
๑๑๖	๓๑๒๖	๓๒๘๖	๓๔๔๗	๓๖๐๗	๓๗๖๘	๓๙๒๘	๔๐๘๙	๔๒๔๙	๔๔๑๐	๔๕๗๐

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในการคำนวณน้ำหนักจากสูตรอาจจะไม่สะดวกและมีโอกาสแทนค่าผิดพลาดได้ จึงสร้างตารางคำนวณน้ำหนักทารกในครรภ์สำเร็จรูปเพื่อความสะดวกรวดเร็วและถูกต้อง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ พยาบาลห้องคลอดมีทักษะ ประสบการณ์ และความชำนาญในการวัดขนาดมดลูกไม่เท่ากันโดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่หรือผู้ที่มาทำงานใหม่ในห้องคลอด จึงต้องมีการสอน ฝึกปฏิบัติ ทวนสอบ และติดตามภาพตำแหน่งการวัดมดลูกที่ถูกต้องไว้ที่ข้างเตียงตรวจ

๘.๒ พบว่าการคาดคะเนน้ำหนักทารกมีความคลาดเคลื่อนสูงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่อ้วนไขมันหน้าท้องหนา จึงเป็นโอกาสพัฒนาในการศึกษาวิจัยต่อไป

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ห้องคลอดทุกแห่งสามารถนำแนวทางนี้ไปใช้คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์โดยเฉพาะในรพ.ที่มีข้อจำกัดเรื่องการใช้เครื่องอัลตราซาวด์ และควรศึกษาว่ามีความแม่นยำหรือเกิดผลลัพธ์อย่างไร

๙.๒ ควรมีการฝึกทักษะพยาบาลในการวัดขนาดของมดลูกจนเกิดความชำนาญ มีการประเมินและนิเทศการปฏิบัติจนมั่นใจว่าผลการวัดของพยาบาลทำได้ใกล้เคียงกันมากที่สุด

๙.๓ ควรศึกษาเพิ่มในกลุ่มมารดาก่อนคลอดที่อ้วนหรือมีดัชนีมวลกายที่แตกต่างกัน

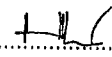
๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑)นางสาวเนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ.....สัดส่วนของผลงาน..... ๑๐๐%

๒)สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 


(นางสาวเนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๕ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวเนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายอดิเทพ เกรียงไกรวิช)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฉาง

(วันที่) ๗ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

เอกสารอ้างอิง (References)

๑. Royal College of Obstetricians & Gynecologists. Shoulder dystocia green-top guideline No. ๔๒. ๒nd edition [Internet]. London: Nice Accredited; ๒๐๑๒.
๒. รุ่งนภา รุ้ชอบ, นิตยา สิ้นสุกใส, วรณา พาหุวัฒน์กร, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. ปัจจัยทำนายการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. วารสารพยาบาลศาสตร์ ๒๕๕๘;๓๓(๓):๑๘-๒๙.
๓. ใจทิพย์ รุจนะเวช. ความแม่นยำในการทำนายน้ำหนักทารกในครรภ์โดยใช้สมการ Hadlock และShepard. ศรีนครินทร์- เวชสาร ๒๕๕๑;๒๓(๒):๑๔๗-๕๒.
๔. ขจรศิลป์ ผ่องสวัสดิ์กุล. การคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของมดลูกและเส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือเมื่อเจ็บครรภ์คลอด. พุทธชินราช- เวชสาร ๒๕๕๐;๒๔(๑):๑๕-๒๑.
๕. อรพินท์ เตชรังสรรค์, วันเพ็ญ สุขสง. การศึกษาเปรียบเทียบน้ำหนักทารกที่ได้จากผลคูณความสูงของมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย. วารสาร-พยาบาลสภากาชาดไทย ๒๕๖๑;๑๑(๑):๑๖๑-๗๐.
๖. Yiheyis A, Alemseged F, Segni H. Johnson's Formula for Predicting Birth Weight in Pregnant Mothers at Jimma University Teaching. Hospital, South West Ethiopia. Med J Obstet Gynecol ๒๐๑๖;๔(๓):๑๐๘๗-๙๓.
๗. Asto MD, Crisologo MP. Comparative study of four methods of clinical estimation of fetal weight in the late third trimester admitted for delivery: A prospective study. Philippine Journal of Obstetrics and Gynecology ๒๐๑๔; ๓๘(๔):๑๔-๒๒.
๘. Buchmann E, Tlale K. A simple clinical formula for predicting fetal weight in labour at term --derivation and validation. S Afr Med J ๒๐๐๙;๙๙(๖):๔๕๗-๖๐.
๙. Gajendra ST, Tripathi A, Priyanka. Comparison of estimation of fetal weight by two clinical methods and ultrasound at term pregnancy. Int J Med Health Res ๒๐๑๗;๓(๒):๒๕-๘.
๑๐. Itarat Y, Buppasiri P, Sophonvivat S. Fetal weight estimation using symphysio-fundal height and abdominal girth measurements in different pre-pregnancy Body Mass Indices. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology ๒๕๖๐;๒๕(๓):๑๖๗-๗๔.
๑๑. Prajapati DG and Patel RM. (๒๐๑๘). Comparison of Various Clinical Methods of Birth Weight Estimation in Term Pregnancy. Perceptions in Reproductive Medicine, ๒(๑),๑-๔.
๑๒. งานห้องคลอด โรงพยาบาลหนองฉาง. รายงานการคลอด โรงพยาบาลหนองฉาง พ.ศ. ๒๕๕๘. อุทัยธานี: โรงพยาบาลหนองฉาง; ๒๕๖๕.
๑๓. นุสรุา พัวรัตน์อรุณกร. การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๑;๑๗(๕):SV๑๓๗๗-๘๔.
๑๔. เนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ. การเปรียบเทียบความแม่นยำในการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดจากสูตรของนุสรุา กับ Dare's formula. โรงพยาบาลหนองฉาง; ๒๕๖๐.

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

๒. หลักการและเหตุผล

การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) หมายถึงการคลอดทารกตั้งแต่อายุครรภ์ ๒๔^{๐/๗} สัปดาห์ ถึง ๓๖^{๖/๗} สัปดาห์ การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของการดูแลมารดาและทารก ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. ๒๐๑๙ อัตราการคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ ๑๐.๒ ข้อมูลของประเทศไทยพบอัตราการคลอดก่อนกำหนด เท่ากับร้อยละ ๑๒.๕ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ทารกที่คลอดก่อนกำหนดเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตและการทุพพลภาพในระยะยาว ความเสี่ยงเหล่านี้สูงขึ้นสัมพันธ์ผกผันกับอายุครรภ์ที่คลอด ปี ๒๕๖๐ ถึง ๒๕๖๕ อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน ๒๘ วัน (Neonatal Mortality Rate) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก ๔.๔ เพิ่มขึ้นเป็น ๔.๘ ต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน สาเหตุหลักร้อยละ ๔๐ มาจากการคลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายที่สูง ใช้ทรัพยากรจำนวนมาก^๒ จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงประกาศนโยบายการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทยตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ ปัจจุบันมีการบูรณาการร่วมกับกระทรวงมหาดไทย และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในฐานะคณะกรรมการอำนวยการโครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร ได้ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดเพื่อขับเคลื่อนและบูรณาการการทำงานร่วมกันในระบบส่งเสริมสุขภาพและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดของประเทศ

โรงพยาบาลหนองฉาง ในปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ มีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดร้อยละ ๕.๒๒ และ ๖.๙๔ และมีอัตราการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) ๖.๗๒ และ ๖.๙ ตามลำดับ^{๓-๔} ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น โดยมีสาเหตุปัจจัยจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) การคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน (previous preterm birth) ภาวะน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์จริง (PPROM) ภาวะซีด (anemia) น้ำหนักขึ้นน้อยระหว่างการตั้งครรภ์ (low weight gain) การใช้สิ่งเสพติด และการมาฝากครรภ์ช้าหรือไม่มาตามนัด ซึ่งคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอดมีแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (CPG) ทั้งการประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และการดูแลรักษาให้ยับยั้งการคลอดเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด มีการให้ความรู้ตามเกณฑ์โรงเรียนพ่อแม่ แต่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาการคลอดก่อนกำหนดได้

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าสาเหตุหลักของการมีผลลัพธ์สุขภาพของมารดาและทารกในระหว่างตั้งครรภ์ที่ไม่ดีส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ที่ไม่ถูกต้องของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น^{๕-๖} เช่น การไม่มาฝากครรภ์ในเวลาที่เหมาะสม ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มาก การไม่มาตรวจครรภ์ตามนัด หรือการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผลเนื่องจากการตั้งครรภ์ครั้งแรก ขาดความรู้ และประสบการณ์ทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ที่ไม่ถูกต้อง เช่น วัยรุ่นมักมีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายในระหว่างตั้งครรภ์ และบางรายก็ยังมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมหรือมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระหว่าง

ตั้งครรภ์^{๗-๘} ดังนั้นการให้ความสำคัญในการส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และถูกต้อง ในระหว่างตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด^๖ โดยการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ และยอมรับว่าตนเองมีความสามารถที่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ส่งผลดีต่อตนเอง และทารกในครรภ์ได้ เน้น พฤติกรรมการดูแลตนเองที่หญิงตั้งครรภ์ต้องปฏิบัติในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการใช้ยาและ สารเสพติด ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย และด้านความปลอดภัย ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ จำเป็นที่จะต้องได้รับสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์เพื่อ ป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

กลยุทธ์ที่สำคัญของป้องกันและลดการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) โดยการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลตนเอง ลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบริการฝาก ครรภ์ ที่มีคุณภาพ และการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) โดยการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มี ความเสี่ยงออกมา แล้วให้การรักษาและติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ส่วนการป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) ที่มีการให้ยาช่วยป้องกันการหดตัวของมดลูก (tocolysis) เมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดขึ้นแล้ว^๖ การแก้ปัญหาการคลอดก่อนกำหนด จึงจำเป็นต้องกระทำในหลายมิติ ทั้งมิติด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจและสังคม สภาพแวดล้อม

ซึ่งปัจจุบันคลินิกฝากครรภ์ได้มีแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด แต่ยังอุบัติการณ์การเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อย เมื่อวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ยากต่อการควบคุมต้องได้รับการดูแลรักษาจากทีมสุขภาพ เช่น การตั้งครรภ์แฝด มี ประวัติคลอดก่อนกำหนด ปากมดลูกสั้น มีโรคทางอายุรกรรม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ หอบ หืด ติดเชื้อช่องทางคลอดหรือทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น และมีปัจจัยเสี่ยงที่หญิงตั้งครรภ์สามารถเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลได้เอง เช่น BMI < ๑๙ กก./ม^๒ หรือ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า ๕๐ กก. ภาวะโภชนาการไม่ดี (poor nutritional status) ภาวะซีด การงานหนัก เช่น มากกว่า ๘๐ ชม.ต่อสัปดาห์ หรือ ยืนนานกว่า ๘ ชม. ต่อวัน ภาวะเครียด การใช้สารเสพติด การมาฝากครรภ์ช้าหรือไม่ต่อเนื่อง^๑

ดังนั้นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระดับ primary prevention และ secondary prevention โดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อดูแลตนเองเมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก หน่วยบริการฝากครรภ์ควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง และให้ความรู้ ในเรื่องของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเน้นให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด และให้ สังเกตสัญญาณเตือนและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งให้คำแนะนำ และช่องทางการติดต่อกับโรงพยาบาลกรณีมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น มีการคัดกรองการ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก ทำการซักประวัติ โดยมุ่งเน้นการค้นหา ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด กรณีที่ตรวจพบปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลที่สามารถจัดการแก้ไขได้ เช่น การ ติดเชื้อ ภาวะโภชนาการ ปัญหาสุขภาพจิต การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การทำงานหนัก เป็นต้น ควรให้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่หญิงตั้งครรภ์ในการลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด หรือ ส่งต่อไปยังคลินิกเฉพาะทางตามลักษณะของแต่ละปัญหา

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการช่วยให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง Nutbeam^๙ ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่า ควรมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อน และใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งการพัฒนา และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการสร้าง และพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีที่มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการเรื่องการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งส่งผลต่ออัตราการป่วยตายทุพพลภาพของทารกแรกเกิดที่กำลังเป็นปัญหาระดับประเทศ ซึ่งทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างมาก ดังนั้น หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น

ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

องค์การอนามัยโลก (WHO)^{๑๐} ให้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริม และบำรุงรักษาสุขภาพภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

Nutbeam^{๑๑} ให้นิยามว่า เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิด แรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง

กรมอนามัย^{๑๒} ให้นิยามว่า เป็นการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลความรู้ และการจัดบริการสุขภาพ สามารถตัดสินใจเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพและใช้บริการสุขภาพตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้

กองสุศึกษา^{๑๓} ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam^{๑๔}

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam เป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงและตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดี บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้อย่างเข้มแข็ง ไม่มีพฤติกรรมที่จะส่งผลต่อสุขภาพของตนเองในทางลบ และนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความ สัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีอิทธิพลทางบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อหญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จะทำให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างมี

ประสิทธิภาพทำให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านจิตสังคม และด้านสุขภาพทางกายส่งผลให้มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

Nutbeam^{๑๑} ได้จำแนกการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ระดับที่ ๑ ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน(functional health literacy) ได้แก่ ทักษะด้านการพูดการฟัง การอ่าน และการเขียน เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าใจ หรือสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับเนื้อหาสาระด้านสุขภาพหรือความเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐาน เช่น การอ่านฉลากยา การอ่านใบยินยอมในการรักษา การอ่านใบนัดหมายของแพทย์ การทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งการเขียน ทางวาจา รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆจากบุคลากรทางการแพทย์

ระดับที่ ๒ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐาน และพุทธิปัญญา รวมทั้งทักษะทางสังคม (social skill) ซึ่งเป็นสมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการเรียนรู้เท่าทันทางปัญญา(cognitive literacy) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับที่ ๓ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ(critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่พัฒนาขึ้น จนสามารถนำข้อมูลสุขภาพมาใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบและจัดการสถานการณ์ชีวิตประจำวันได้ เน้นการกระทำของแต่ละบุคคล และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพจากแนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ได้มีการเสนอกรอบแนวคิด (conceptual model) ของความรู้ด้านสุขภาพคือ “conceptual model of health literacy as a risk” ประกอบด้วย ๖ ด้านดังนี้

๑) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Access Skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

๒) ทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Skill) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ

๓) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) หมายถึงความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียนรวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

๔) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-Management Skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนและปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำที่ดีมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

๕) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy Skill) หมายถึงความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

๖) ทักษะการตัดสินใจ โดยหากหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ด้านสุขภาพในขณะที่ตั้งครรภ์ ทำให้สามารถที่จะประเมินและตัดสินใจในการดูแลตนเองที่เหมาะสม

ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ โดยหากหญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถที่จะประเมินและตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมศักยภาพ

การส่งเสริมศักยภาพเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างให้บุคคลค้นพบปัญหาและความต้องการของตนเองภายใต้แนวคิดที่เชื่อว่าแต่ละบุคคลมีความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเองโดยใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ บุคคลจึงรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองที่สามารถควบคุมชีวิตตนเองได้๒๘การส่งเสริมศักยภาพทางสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่ช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ^{๒๙}

การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นพลวัตที่เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ซึ่งสะท้อนถึงควมมีคุณภาพและเอกลักษณ์ของบุคคล จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้รับบริการพบรูปแบบกระบวนการส่งเสริมศักยภาพหลากหลายรูปแบบ แต่ในบทความนี้ขอเสนอแนวคิดการส่งเสริมศักยภาพตามแนวคิดของ Gibson^{๓๐} ซึ่งสรุปได้ ๔ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การค้นหาสถานการณ์จริง (discovering reality) เป็นการที่บุคคลทำความเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพจริง โดยมีการตอบสนอง ๓ ด้าน คือ

๑) การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional response) จะรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ กระวนกระวาย กลัว โกรธ ความรู้สึก ดังกล่าวเกิดจากการไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ จากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลทำให้บุคคลคิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ถ้าบุคคลมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสมืออาชีพที่ขึ้นได้ บุคคลจะพยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

๒) การตอบสนองทางการคิดรู้ (cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลตนเองจะแสวงหาความช่วยเหลือโดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเพื่อประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ

๓) การตอบสนองทางพฤติกรรม (behavioral responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่า การดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน ปรับเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกจะสามารถแก้ไขปัญหาทุกอย่างได้

ขั้นตอนที่ ๒ การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (critical reflection) เป็นการทบทวนสถานการณ์อย่างรอบคอบ คิดวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาคำรู้สึกมีศักยภาพในการควบคุมตนเอง (sense of personal control) ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ได้ จะทำให้รู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ ๓ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด เกิดการยอมรับตนเอง (self-determination) ในขั้นตอนนี้ทีมพยาบาลและผู้รับบริการต้องร่วมกันหาข้อมูล พุดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมกันตัดสินใจปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ ๔ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพในขั้นตอนนี้พยาบาลและผู้รับบริการจะร่วมมือเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติแล้วสำเร็จ จะรู้สึกมีศักยภาพมั่นใจ มีความสามารถและถือว่าการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การแก้ปัญหา นั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การส่งเสริมศักยภาพทั้ง ๔ ขั้นตอน เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่มีความเชื่อมโยงและมีความต่อเนื่องกัน การที่บุคคลจะผ่านแต่ละขั้นตอน บุคคลต้องมีพลังใจ พลังความคิดจากปัจจัยต่างๆ มาช่วยกันสร้างเสริมแรงใจ ให้บุคคลรู้สึกมั่นใจที่จะแก้ปัญหาให้ได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอ

๑. คลินิกฝากครรภ์ควรจัดบริการการเสริมทักษะให้ความรู้ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมศักยภาพหญิงตั้งครรภ์
๒. ผู้ให้บริการมีการประเมินทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) ของหญิงตั้งครรภ์
๓. มีการติดตาม วิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) ของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. บุคลากรผู้ให้บริการยังมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย
๒. การให้บริการอาจต้องใช้เวลามากขึ้น
๓. ผู้รับบริการอาจจะไม่เห็นความจำเป็นและให้ความสำคัญ

แนวทางแก้ไข

๑. ควรเตรียมความพร้อมของทีมผู้ให้บริการฝากครรภ์ ให้มีความรู้ความเข้าใจแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ
๒. ปรับและจัดบริการให้เหมาะสม
๒. ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) ของหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคล เพื่อหาส่วนดี ส่วนขาด

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๔.๑ ได้รูปแบบแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
- ๔.๒ หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ที่ดี
- ๔.๓ อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ มีรูปแบบแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
- ๕.๒ หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น
- ๕.๓ อัตราการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ หรือลดลงจากเดิมร้อยละ ๒

(ลงชื่อ)

(นางสาวเนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๕ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน