Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.2 April-July 2026

ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก

Risk Factors for Preterm Birth among Pregnant Women Delivering at Tha Song Yang Hospital, Tak Province.

(Received: June 11,2026 ; Revised: June 14,2026 ; Accepted: June 17,2026)

ณัฏฐณิชา เขียวณรงค์[1]
Natthanicha Khiaonarong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (survey research by Retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 308 ราย แบ่งเป็นกลุ่มกรณี (คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์) จำนวน 103 ราย และกลุ่มควบคุม (คลอดเมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป) จำนวน 205 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยและสมุดฝากครรภ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2565 ถึง พ.ศ. 2568 ข้อมูลถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงอิสระที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะปากมดลูกสั้น (aOR = 4.57, 95% CI: 2.15-9.72) ประวัติการเคยคลอดก่อนกำหนด (aOR = 4.25, 95% CI: 1.85-9.76) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (aOR = 2.68, 95% CI: 1.15-6.24) การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ (aOR = 2.34, 95% CI: 1.30-4.21) และการฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ (aOR = 2.10, 95% CI: 1.25-3.52)

คำสำคัญ: การคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยง การฝากครรภ์ พื้นที่ชายแดน

Abstract

This survey research by Retrospective study aimed to investigate the risk factors associated with preterm birth among pregnant women delivering at Tha Song Yang Hospital, Tak Province. A total of 308 participants were included, divided into a case group (gestational age < 37 weeks) of 103 women and a control group (gestational age ≥ 37 weeks) of 205 women. Data were retrospectively collected from medical records and antenatal care (ANC) booklets between 2022 and 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Multiple Logistic Regression at a significance level of 0.05.

The results revealed five independent risk factors significantly associated with preterm birth: short cervix (aOR = 4.57, 95% CI: 2.15-9.72), a history of previous preterm birth (aOR = 4.25, 95% CI: 1.85-9.76), hypertensive disorders in pregnancy (aOR = 2.68, 95% CI: 1.15-6.24), infections during pregnancy (aOR = 2.34, 95% CI: 1.30-4.21), and inadequate ANC visits (aOR = 2.10, 95% CI: 1.25-3.52).

Keywords: Preterm birth, Risk factors, Antenatal care, Border area

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด หรือการคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์เต็ม ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุชั้นนำของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2563 มีประมาณการว่ามีทารกคลอดก่อนกำหนดมากถึง 13.4 ล้านคน ซึ่งสร้างภาระต่อระบบบริการสุขภาพและส่งผลกระทบระยะยาวต่อพัฒนาการของเด็ก[1] สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดยังคงอยู่ในระดับที่น่ากังวล โดย

[1] นายแพทย์ชำนาญการ ประจำกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก

มีรายงานจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิบางแห่งพบอัตราสูงถึงร้อยละ 10.8[2] สำหรับสถานการณ์ในโรงพยาบาลท่าสองยาง จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 4 ปี (พ.ศ. 2565-2568) พบจำนวนการคลอดเฉลี่ย 1,119 รายต่อปี โดยมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 6.9 ซึ่งสะท้อนถึงภาระปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การคลอดก่อนกำหนดมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรและสังคมของมารดา (เช่น อายุ สถานะทางเศรษฐกิจ) ปัจจัยด้านประวัติทางสูติกรรม (เช่น การเคยคลอดก่อนกำหนด) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง และการติดเชื้อ) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต และภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมระหว่างตั้งครรภ์[4,5] รวมถึงการฝากครรภ์ที่ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ขาดโอกาสในการคัดกรองและจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างทันท่วงที[6]

บริบทของโรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่บนพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา มีความท้าทายที่ซับซ้อน ได้แก่ ข้อจำกัดด้านภูมิศาสตร์ที่เป็นเทือกเขาสูงและการคมนาคมที่ยากลำบาก ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความต่อเนื่องของการฝากครรภ์[7] นอกจากนี้ ประชากรในพื้นที่ยังมีความหลากหลายสูง ประกอบด้วยชาวไทย กลุ่มชาติพันธุ์ ประชากรข้ามชาติ และผู้หนีภัยจากการสู้รบ ซึ่งมักเผชิญกำแพงด้านภาษา ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ และสถานะทางกฎหมาย ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการเข้ารับบริการสุขภาพ[8,9] แม้จะมีการศึกษาวิจัยในประเทศไทยอยู่บ้าง แต่ส่วนใหญ่มักทำในระดับตติยภูมิหรือเขตเมือง ทำให้ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในบริบทเฉพาะของพื้นที่ชายแดน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเชิงรุกต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรและสังคม ปัจจัยด้านประวัติทางสูติกรรม และปัจจัยด้านภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ กับการคลอดก่อนกำหนด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (survey research by Retrospective study)

ในรูปแบบกรณีศึกษามีกลุ่มควบคุม (Case-control study) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาปัจจัยด้านประชากรและสังคม ปัจจัยด้านประวัติทางสูติกรรม ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านพฤติกรรม ที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก รูปแบบการวิจัยนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ เนื่องจากผู้วิจัยสามารถใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ที่มีอยู่แล้วในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลมาวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแล้วได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถลดอคติจากการสูญหายระหว่างการติดตามตัวผู้ป่วย (Loss to follow-up bias) และข้อจำกัดด้านเวลาในการรอให้เกิดผลลัพธ์การคลอด ทำให้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในระยะเวลา 4 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ทุกสัญชาติที่มารับบริการคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก ในช่วงเวลาดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดขนาดโดยใช้สูตรการคำนวณทางระบาดวิทยา กำหนดอัตราส่วนกลุ่มกรณีต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1:2 และเผื่อการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำรวม 308 ราย แบ่งเป็นกลุ่มกรณี (หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) จำนวน 103 ราย และกลุ่มควบคุม (หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนด อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป) จำนวน 205 ราย เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นการตั้งครรภ์เดี่ยว และมีข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วน ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ครรภ์แฝด ทารกมีความพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง หรือกรณีถูกส่งตัวมาจากสถานพยาบาลอื่นขณะเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดแล้ว

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและสมุดฝากครรภ์ ประกอบด้วยตัวแปร 4 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านประชากรและสังคม 2) ปัจจัยด้านประวัติทางสูติกรรม 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ปัจจุบัน และ 4) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ภาวะโภชนาการ และจิตสังคม

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยหลักเพียงผู้เดียว โดยการทบทวนและบันทึกข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดลงในแบบบันทึกข้อมูล ทั้งนี้ การบันทึกข้อมูลจะใช้รหัสแทนตัวบุคคล (Study ID) เพื่อปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลและรักษาความลับของผู้ป่วยตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยจะไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล หรือเลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN) ในไฟล์ข้อมูลที่จะนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลถูกนำมาประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบค่าที (Independent t-test) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ กับการคลอดก่อนกำหนด จากนั้นนำตัวแปรที่มีระดับนัยสำคัญเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดโดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน และนำเสนอผลในรูปของค่าอัตราส่วนออดส์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted Odds Ratio: aOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ถึง พ.ศ. 2568 ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 308 ราย แบ่งเป็นกลุ่มกรณี (หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) จำนวน 103 ราย และกลุ่มควบคุม (หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนด อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป) จำนวน 205 ราย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 25.8 ปี (SD = 6.4) โดยอายุน้อยที่สุดคือ 13 ปี และมากที่สุด 50 ปี เมื่อจำแนกตามสัญชาติพบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไร้สัญชาติและสัญชาติเมียนมา ร้อยละ 53.9 และสัญชาติไทย ร้อยละ 46.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มไม่ได้ศึกษาและ

ประถมศึกษา ร้อยละ 68.5 ประกอบอาชีพทำไร่และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 72.1 และใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพต่างด้าวหรือบุคคลมีปัญหาสถานะทางสิทธิ ร้อยละ 49.3 ด้านประวัติทางสูติกรรม พบว่าส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกหรือครั้งที่สอง มีอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ย 14.5 สัปดาห์ และมีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง (ฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์) ร้อยละ 35.4 นอกจากนี้ยังพบหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติการฝากครรภ์เลย (No ANC) จำนวน 15 ราย สำหรับด้านสุขภาพและพฤติกรรมของมารดา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวก่อนการตั้งครรภ์ (เช่น หอบหืด โรคหัวใจ ธาลัสซีเมีย) ร้อยละ 7.8 ตรวจพบภาวะปากมดลูกสั้น ร้อยละ 13.9 และมีดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยอยู่ที่ 26.2 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 4.1) ในด้านพฤติกรรมสุขภาพและจิตสังคม พบว่ามารดาส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ โดยพบผู้ที่มีภาวะความเครียดและซึมเศร้า (MDD/Anxiety) คิดเป็นร้อยละ 3.2

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด (Bivariate Analysis)

เมื่อนำปัจจัยด้านประชากร สังคม และสูติกรรมมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดด้วยสถิติ Chi-square test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ สัญชาติ (ไร้สัญชาติ/ต่างด้าว) ($p = 0.021$), ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน ($p = 0.001$), ภาวะปากมดลูกสั้น ($p = 0.001$), จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ที่น้อยกว่า 5 ครั้ง ($p = 0.003$), ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ ($p = 0.015$), ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ($p = 0.008$), และการติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ ($p = 0.004$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มกรณีและกลุ่มควบคุม

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มกรณี (n = 103) จำนวน (%)	กลุ่มควบคุม (n = 205) จำนวน (%)	p-value
สัญชาติ			0.021*
ไทย	38 (36.9)	104 (50.7)	
ไร้สัญชาติ / ต่างด้าว / ชาติพันธุ์	65 (63.1)	101 (49.3)	
การฝากครรภ์ (ANC)			0.003*
ครบเกณฑ์ (≥ 5 ครั้ง)	48 (46.6)	151 (73.6)	
- ไม่ครบเกณฑ์ (< 5 ครั้ง หรือ No ANC)	55 (53.4)	54 (26.4)	
ประวัติคลอดก่อนกำหนด			0.001*
- ไม่เคย	82 (79.6)	196 (95.6)	
- เคย	21 (20.4)	9 (4.4)	
ภาวะปากมดลูกสั้น			0.001*
ไม่มี	70 (68.0)	195 (95.1)	
มี	33 (32.0)	10 (4.9)	
ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์			0.015*
ไม่มี	60 (58.3)	145 (70.7)	
มี	43 (41.7)	60 (29.3)	
ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์			0.008*
ไม่มี	88 (85.4)	192 (93.7)	
มี	15 (14.6)	13 (6.3)	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มกรณีและกลุ่มควบคุม

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มกรณี (n = 103) จำนวน (%)	กลุ่มควบคุม (n = 205) จำนวน (%)	p-value
การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์			0.004*
ไม่มี	75 (72.8)	175 (85.4)	
มี	*28 (27.2)*	*30 (14.6)*	

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

3. การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Multivariate Analysis)

ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว เข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) ด้วยวิธี Enter เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน (Confounding factors) ผลการวิเคราะห์พบว่า มี 5 ปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่

1) ภาวะปากมดลูกสั้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะปากมดลูกสั้น มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็น 4.57 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความยาวปากมดลูกปกติ (aOR = 4.57, 95% CI: 2.15-9.72, p = 0.001)

2) ประวัติการคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด มีความเสี่ยงที่จะคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ปัจจุบันเป็น 4.25 เท่าของหญิงที่ไม่เคยมีประวัติ (aOR = 4.25, 95% CI: 1.85-9.76, p = 0.001)

3) จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ (< 5 ครั้ง หรือไม่ฝากครรภ์) มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็น 2.10 เท่าของหญิงที่ฝากครรภ์ครบเกณฑ์ (aOR = 2.10, 95% CI: 1.25-3.52, p = 0.005)

4) การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อร่วมด้วย มีความเสี่ยงเป็น 2.34 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อ (aOR = 2.34, 95% CI: 1.30-4.21, p = 0.004)

5) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็น 2.68 เท่า (aOR = 2.68, 95% CI: 1.15-6.24, p = 0.022) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression)

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	B	S.E.	Adjusted OR	95% CI	p-value
ภาวะปากมดลูกสั้น (มี)	1.52	0.38	4.57	2.15 - 9.72	0.001*
ประวัติคลอดก่อนกำหนด (เคย)	1.44	0.42	4.25	1.85 - 9.76	0.001*
ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (มี)	0.98	0.43	2.68	1.15 - 6.24	0.022*
การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ (มี)	0.85	0.30	2.34	1.30 - 4.21	0.004*
การฝากครรภ์ (ไม่ครบเกณฑ์)	0.74	0.26	2.10	1.25 - 3.52	0.005*
สัญชาติ (ไร้สัญชาติ/ต่างด้าว)	0.38	0.27	1.46	0.86 - 2.48	0.158
ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ (มี)	0.31	0.26	1.36	0.81 - 2.29	0.237

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก เป็นการวิจัยเชิงสังเกตแบบย้อนหลังที่มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในบริบทของพื้นที่ชายแดน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพหุคูณ (Multivariate Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย 5 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ภาวะปากมดลูกสั้น ประวัติการคลอดก่อนกำหนด การฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายและเปรียบเทียบกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีขนาดความสัมพันธ์สูงสุดในการศึกษานี้ โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติของวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งอเมริกา (ACOG)[10] และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Mitrogiannis และคณะ[4] ที่ระบุว่าประวัติสูติกรรมเดิมเป็นตัวทำนายที่แม่นยำที่สุดสำหรับการคลอดก่อนกำหนดซ้ำ ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ด้วยกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาที่ว่า มารดาอาจมีความผิดปกติเชิงโครงสร้างของมดลูกหรือปากมดลูกแต่กำเนิด ภาวะปากมดลูกสั้น (Cervical insufficiency) หรือมีการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่ไวต่อการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเป็นสภาวะที่ยังคงอยู่และส่งผลต่อเนื่องมาถึงการตั้งครรภ์ในครรภ์ปัจจุบัน[11]

ภาวะปากมดลูกสั้น (Short cervix) ผลการศึกษาพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ทางสูติศาสตร์จำนวนมากที่ระบุว่าความยาวของปากมดลูกที่สั้นกว่าปกติ เป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การที่ปากมดลูกสั้นลงจะทำให้สูญเสียกลไกการพยุงและการรักษาสภาพแวดล้อมที่ปลอดเชื้อในโพรงมดลูก ทำให้เชื้อแบคทีเรียจากช่องคลอดสามารถผ่านขึ้นไปสู่เยื่อหุ้มทารกได้ง่ายขึ้น นำไปสู่การอักเสบและการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนกำหนด (PPROM)[10,11] การตรวจพบภาวะนี้ในกลุ่มตัวอย่างสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการคัดกรองความยาวปากมดลูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง เพื่อพิจารณาให้การรักษาอย่างทันท่วงที

ความต่อเนื่องและความเพียงพอของการฝากครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน (น้อยกว่า 5 ครั้ง หรือไม่มีการฝากครรภ์เลย) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของตวงรัตนานนท์ และคณะ[12] ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของบริการฝากครรภ์ในการคัดกรองความเสี่ยง เมื่อพิจารณาในบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลท่าสองยาง ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศเป็นเทือกเขาสูงและการคมนาคมยากลำบาก ประกอบกับประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์และประชากรข้ามชาติ ความยากลำบากในการเดินทาง (Distance barrier) และความเปราะบางทางสถานะบุคคล จึงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเข้าถึงบริการฝากครรภ์ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Steinbrook และคณะ[7] ที่ศึกษาในประชากรชายแดนไทย-เมียนมา การขาดการฝากครรภ์ทำให้มารดาเสียโอกาสในการได้รับยาบำรุงครรภ์ การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง และการประเมินความเสี่ยงเพื่อยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างทันท่วงที

การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ การศึกษานี้พบว่ามารดาที่มีภาวะติดเชื้อ (เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซิฟิลิส มาลาเรีย หรือโควิด-19) มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ[13] และ Prins และคณะ[14] กลไกทางชีวภาพอธิบายว่า เชื้อก่อโรคและสารชีวพิษ (Toxins) จะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของมารดาให้หลั่งสารอักเสบในกลุ่มไซโต

ไคน์ (Cytokines) และพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ซึ่งสารเหล่านี้มีฤทธิ์กระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวและทำให้ปากมดลูกเปิดนำไปสู่ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (PPROM) และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในที่สุด โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเปราะบางที่อาจมีสุขอนามัยพื้นฐานไม่เพียงพอ ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ซ่อนเร้นได้ง่ายขึ้น

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่พบในการศึกษานี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นครกลัด และชาญชัย[6] รวมถึงการศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช[15] ภาวะความดันโลหิตสูง ไม่ว่าจะเป็นความดันโลหิตสูงเรื้อรัง หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ล้วนส่งผลให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงรกเกิดการหดเกร็ง นำไปสู่ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) และภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (FGR) นอกจากนี้ ภาวะความดันโลหิตสูงที่รุนแรงยังเป็นข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ทำให้สูติแพทย์จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด (Iatrogenic preterm birth) เพื่อรักษาชีวิตของมารดาและทารก

ข้อโต้แย้งและข้อจำกัดของการศึกษา แม้การวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวจะพบว่า สัญชาติ (กลุ่มไร้สัญชาติ/ต่างด้าว) และภาวะโลหิตจาง มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด แต่เมื่อควบคุมตัวแปรกวนในสมการถดถอยโลจิสติกพหุคูณกลับพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า "สัญชาติ" ไม่ใช่สาเหตุโดยตรงทางชีววิทยา แต่เป็นปัจจัยทางสังคมที่แฝงมากับ "การขาดโอกาสในการฝากครรภ์" เมื่อนำปัจจัยด้านการฝากครรภ์เข้ามาร่วมวิเคราะห์ อิทธิพลของสัญชาติจึงลดลง สำหรับปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้สารเสพติด ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เป็นปัจจัยเสี่ยงได้เนื่องจากไม่พบพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มประชากรที่ศึกษา นอกจากนี้ การศึกษานี้เป็นการทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน (Retrospective design) อาจมีข้อจำกัดด้านความสมบูรณ์ของข้อมูลบางประการ เช่น การประเมินภาวะความเครียด หรือดัชนีมวลกาย ที่อาจมีการบันทึกไว้ไม่ครบถ้วนบริบูรณ์ในสถานการณ์การปฏิบัติงานจริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์

1. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุก ควรมีการจัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง (High-risk pregnancy registry) โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพสามารถติดตามดูแลได้อย่างใกล้ชิด

2. การยกระดับการเข้าถึงบริการฝากครรภ์สำหรับประชากรในพื้นที่ห่างไกลหรือกลุ่มชาติพันธุ์ ควรส่งเสริมรูปแบบการให้บริการฝากครรภ์เชิงรุกในชุมชน (Mobile ANC Clinic) หรือการบูรณาการความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประชากรข้ามชาติ (อสต.) ในการติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้มารับบริการตามนัด

3. การคัดกรองการติดเชื้อตั้งแต่เนิ่น ๆ ควรเน้นย้ำมาตรฐานการตรวจคัดกรองการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมาลาเรีย ตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อเจาะลึกถึงอุปสรรคทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และปัญหาทางเศรษฐฐานะที่เป็นสาเหตุให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ หากเป็นไปได้ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) เพื่อให้ได้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และภาวะโภชนาการที่แม่นยำและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าสองยาง ที่ให้ความอนุเคราะห์และอนุมัติให้เข้าถึงฐานข้อมูลเวชระเบียนเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ที่ได้พิจารณาและให้การรับรองโครงการวิจัย ตลอดจนขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน และบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลท่าสองยางทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการค้นคว้าและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดียิ่ง ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยและหญิงตั้งครรภ์ทุกท่านที่เป็นเจ้าของข้อมูล ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้สร้างองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวางแผนและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่ชายแดนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al.(2023). National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: A systematic analysis. The Lancet 2023; 402(10410): 1261-1271.
2. คงปูน ก, ไชยราช ส.(2564). The incidence and risk factors for preterm delivery in Northeast Thailand. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology 2564; 29(2): 100-111.
3. โรงพยาบาลท่าสองยาง.(2568). รายงานสถิติการคลอดและการคลอดก่อนกำหนด งานห้องคลอด โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก พ.ศ. 2565–2568. ตาก: โรงพยาบาลท่าสองยาง; 2568.
4. Mitrogiannis L, Stachtari C, Grammatikopoulou MG, Goulis DG, Gkiouras K.(2023). Risk factors for preterm birth: An umbrella review of meta-analyses of observational studies. BMJ Open 2023; 13(12): e074349.
5. มนกงไผ่ ส.(2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลอรัญประเทศ. วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร 2567; 40(3).
6. นครกลัด ร, ชาญชัย ว.(2567). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2567; 18(2): 88-100.
7. Steinbrook E, Min MC, Kajeechiwa L, Wiladphaingern J, Paw MK, Pimanpanarak M, et al.(2021). Distance matters: Barriers to antenatal care and safe childbirth in a migrant population on the Thailand-Myanmar border from 2007 to 2015, a pregnancy cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth 2021; 21(1): 802.
8. บุญลือ อ.(2564). อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนในการฝากครรภ์และการคลอดในโรงพยาบาลชายแดนไทย-พม่า จังหวัดตาก. วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564; 3(1): 50-61.
9. Tschirhart N, Jiraporncharoen W, Angkurawaranon C, Hashmi A, Hla S, Nosten S, et al.(2023). Giving birth on the way to the clinic: Undocumented migrant women's perceptions and experiences of maternal healthcare accessibility along the Thailand–Myanmar border. Reproductive Health 2023; 20(1): 178.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists.(2021). Prediction and prevention of spontaneous preterm birth: ACOG Practice Bulletin, Number 234. Obstetrics & Gynecology 2021; 138(2): e65-e90.
11. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2567). การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labour) และการดูแลรักษาภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (Management of Preterm Labor and PPROM). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2567.
12. ตวงรัตนานนท์ ฐ, ว่างนิรันดร์กูล ม, สำราญสงเคราะห์ จ.(2565). การวิเคราะห์สถานการณ์บริการฝากครรภ์ในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565; 16(2): 109-131.

13. Wang Y, Xue H, Wang W, Wang Z, Zhang Y.(2024). Urinary tract infections and risk of preterm birth: A systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth 2024; 24(1): 693.
14. Prins TJ, Watthanaworawit W, Gilder ME, Tun NW, Min AM, Naing MP, et al.(2024). COVID-19 pandemic, pregnancy care, perinatal outcomes in Eastern Myanmar and North-Western Thailand: A retrospective marginalised population cohort. BMC Pregnancy and Childbirth 2024; 24(1): 637.
15. อุดนัน ก.(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. วารสารเวชศึกษาคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2565; 6(2): 41-54.