

บทความวิจัย**ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม****The Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Prevention of
Preterm Labor at the Antenatal Care Unit, Nakhonpathom Hospital**

Received: Nov 11, 2019

Revised: Jan 22, 2020

Accepted: Jan 30, 2020

ปณัฏฐิตา ขุนบุญยัง พย.ม. (Panuttita Khoonboonyung, M.S.N.)¹วีระเดช เณิมพลประภา พ.บ., ว.ว. (Veeradej Chalernpolprapa, M.D.)²**บทคัดย่อ**

การคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโดยการให้ยาที่ยับยั้งการบีบตัวของมดลูกและการคลอดก่อนกำหนด หากการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จจะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิด การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนหลัง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในสตรีที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม โดยกลุ่มควบคุมจำนวน 89 คน ได้รับการดูแลตามปกติระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 และ กลุ่มทดลองจำนวน 103 คน ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกจำนวนการคลอดครบกำหนด 4) แบบบันทึกจำนวนการคลอดครบกำหนดหลังได้รับยาที่ยับยั้งการคลอด 5) แบบบันทึกการได้รับยาเดกซามะทาโซน และ 6) แบบบันทึกการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกเริ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวกับการคลอดครบกำหนด การคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอด การได้รับยาเดกซามะทาโซน (Dexamethasone) ครบ 4 เข็ม และการเปิดขยายของปากมดลูกแรกเริ่มน้อยกว่า 3 เซนติเมตร ตีกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษายืนยันประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์

คำสำคัญ: การคลอดก่อนกำหนด, คลินิกฝากครรภ์, แนวปฏิบัติทางคลินิก

¹อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ Email: panuttita.k@bcn.ac.th

²สูติ นรีแพทย์กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครปฐม Email: veeradate@hotmail.com

¹Boromarajonani College of nursing Bangkok, Bangkok, Thailand.

²Nakhon Pathom Hospital, Nakhon Pathom, Thailand

Abstract

Premature labor is the most common obstetric complication required hospital stay and to be treated with medication to prevent contraction and premature labor. If the treatment is unsuccessful, there will be a preterm labor with negative effects to newborns. This study was a quasi-experimental nonequivalent control groups design. The aim was to examine the effectiveness of implementing clinical practice guidelines (CPGs) for prevention preterm birth in pregnant women at the antenatal care clinic of Nakhonpathom Hospital. The control group comprised of 89 cases that received usual care between February to March 2017. Whereas, the experimental group of 103 cases received antenatal care according to CPGs for prevention preterm birth between February to March 2018. Research instruments were 1) the CPGs for prevention of preterm birth 2) the Personal data recording form, 3) the record for number of cases with term labor, 4) the record for number of cases with term labor after received labor suppressant medication, 5) the dexamethasone medication record form, and 6) the record of cervical dilatation on admission. Data was analyzed using descriptive and chi-square statistics.

The results revealed that pregnant women in the control group that received CPGs for prevention preterm birth had clinical outcomes related to term labor, term labor after receiving labor suppressant medicine, receiving dexamethasone for 4 doses, and cervical dilation < 3 cms at admission significantly higher than the control group ($p < .05$).

The results confirm the effectiveness of implementation of CPGs for the prevention of preterm birth among pregnant women receiving care at antenatal clinic.

Keywords: preterm labor, antenatal care clinic, clinical practice guidelines

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (preterm labor) เนื่องจากการบีบตัวของมดลูกเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อย การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดบุตรก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก มีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ 1 ครั้งใน 8 นาที หรือ 20 ครั้งใน 4 ชั่วโมง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกชัดเจน หรือมีการเปิดขยายอย่างน้อย 2 เซนติเมตร หรือปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป¹ โดยได้รับการยืนยันการวินิจฉัยจากแพทย์ และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล² หากไม่สามารถยับยั้งการบีบรัดของมดลูกได้จะ

ก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งการเกิดก่อนกำหนดนับเป็นสาเหตุของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดสำหรับประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2540-2550 พบว่าอัตราการตายของทารกปริกำเนิดเท่ากับ 0.49 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คนนั้น มักมีสาเหตุจากการคลอดก่อนกำหนด³ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.00-13.00 สำหรับในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลศิริราชร้อยละ 12.98⁴

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจัดเป็นภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและต้องได้รับการรักษาโดยการให้ยาที่ยับยั้งการบีบตัวของมดลูกอันนำมาซึ่งภาวะ

เจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด สตรีมีครรภ์ส่วนใหญ่ต้องนอนพักบนเตียงเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะก้อนเลือดอุดตันในหลอดเลือด⁵ ความแข็งแรงของกระดูกลดลง และกล้ามเนื้ออ่อนแรง⁶ ส่วนผลกระทบทางจิตใจ สตรีมีครรภ์มีความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด⁷ รู้สึกถูกแยกตัวออกจากสังคม หากการรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าวไม่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดเกิดผลกระทบต่อการทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้นทั้งอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของทารกแรกเกิด ซึ่งความรุนแรงขึ้นอยู่กับอายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิด⁸

โรงพยาบาลนครปฐมเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการดูแลทารกแรกเกิด จากการทบทวนสถิติโรงพยาบาลนครปฐมในปี พ.ศ. 2556-2558 พบการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 11.00 ร้อยละ 14.10 และ ร้อยละ 13.76 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2558 พบมารดาที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลนครปฐม มีภาวะน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 4.39 ภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดร้อยละ 41.03 ภาวะตายปริกำเนิด ร้อยละ 11.79⁹ นอกจากนี้ทำให้เกิดสถานการณ์ขาดแคลนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ ตู้อบทารก (infant incubator) ทำให้เกิดอัตราการครองเตียงเป็นเวลานาน ภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว กองทุนช่วยเหลือต่าง ๆ เพิ่มสูงขึ้น และเพิ่มภาระงานของบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากการวิเคราะห์โดยการสุ่มเจาะเขียนในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 3 เดือน พบว่ามีการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 13.13 จากจำนวนการคลอดทั้งหมด 1,203 ราย มีการคลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ (late preterm) ร้อยละ 65.80 คลอดในช่วง 32-33 สัปดาห์ (moderate preterm) ร้อยละ 10.75 คลอดในช่วงอายุครรภ์ 29-31 สัปดาห์ (very preterm) ร้อยละ 4.43 คลอดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ (extremely preterm) ร้อยละ 2.50 นอกจากนี้พบว่าการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มมารดาที่มารับบริการฝากครรภ์เป็นครั้งแรก ร้อยละ 5.00 โดยมีการเปิดขยายของปากมดลูกมากกว่า 4 เซนติเมตรขึ้นไปและไม่สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ พบถึงร้อยละ 76.50 ซึ่งเป็นการคลอดในช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ ร้อยละ 78.00 แบ่งเป็น มารดาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล

นครปฐม ร้อยละ 44.62 โรงพยาบาลภายในและภายนอก จังหวัดนครปฐม ร้อยละ 55.30 จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จึงจำเป็นต้องได้รับการจัดการดูแลแก้ไขที่เป็นระบบตั้งแต่ในระดับปฐมภูมิ

การป้องกันถือเป็นสิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหาการเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือการป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) และการป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention)¹⁰ การป้องกันระดับปฐมภูมิของการคลอดก่อนกำหนด เป็นการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้ความสำคัญกับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการส่งเสริมให้สตรีมีครรภ์ปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อสามารถให้การยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ทันทั้งนี้ จากการทบทวนการปฏิบัติงานห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐมที่ผ่านมา พบว่ายังไม่มีมาตรการคัดกรองสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ชัดเจน บุคลากรมีการปฏิบัติที่หลากหลายและยังไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้ศึกษาจึงได้สืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีการพัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศพบนิยามแพร่หลายจำนวน 6 แนวปฏิบัติ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการทางการพยาบาลของสตรีที่มีการคลอดก่อนกำหนด (The Nursing Management of Women Experiencing Preterm Labor: Clinical Guidelines) ที่พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลอเมริกันและองค์กรพยาบาลเฉพาะทาง (The American Nurses' Association and Specialty Nursing Organization)¹¹ 2) แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการตัดสินใจในการดูแลภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth, Making a Difference Clinical Practice Guidelines) ที่พัฒนาโดยสมาคมสูติศาสตร์และนรีเวชกรรม ประเทศแคนาดาปี ค.ศ. 2002¹² 3) แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการภาวะคลอดก่อนกำหนด (Guidelines for the management of spontaneous preterm labor:

identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth)¹³ 4) แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการการคลอดก่อนกำหนด (Clinical Practice Guidelines: Management of Preterm Labor) พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข ของประเทศสิงคโปร์¹⁴ ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดข้างต้นเป็นการป้องกันในระยะตติยภูมิ จึงสืบค้นเพิ่มเติมพบแนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2550 ที่พัฒนาโดยหน่วยสูติกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล¹⁵ แต่อยู่ในระยะปรับปรุง และพบแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2013¹⁶ ซึ่งผู้ศึกษาได้ทบทวนและวิเคราะห์แนวปฏิบัติทางคลินิكدังกล่าวพบว่า แนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีขั้นตอนการคัดกรองและแก้ไขความเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิมากที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2013 ในขั้นตอนการคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่หน่วยฝากครรภ์มาใช้ และได้ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมในส่วนของการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อให้ความทันสมัยในปัจจุบันและให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลนครปฐมมากขึ้นเช่น การแก้ไขภาวะติดเชื้อในช่องปาก ภาวะ Asymptomatic bacteriuria ภาวะ Bacterial vaginosis การให้ยาโปรเจสเตอโรนในกลุ่มสตรีที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด แก้ไขภาวะโภชนาการติดตามการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักและแก้ไขภาวะซีด เป็นต้น ได้นำไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระยะปฐมภูมิ ในสตรีมีครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม โดยเปรียบเทียบอัตราการคลอดครบกำหนด อัตราการคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอด อัตราการได้รับยา

เดกซาเมทาโซนครบ 4 เข็ม และการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับเข้าห้องคลอดน้อยกว่า 3 เซนติเมตรระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ทั้งนี้เพื่อให้ทีมผู้ดูแลมีแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ร่วมกันทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สตรีมีครรภ์ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อไป

คำจำกัดความ

การยับยั้งการคลอด หมายถึง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีอาการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์หรือทารกในครรภ์หนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป โดยใช้แนวทางการดูแลของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2558¹⁷ เพื่อช่วยยืดระยะเวลาการคลอดออกไปได้น้อยกว่า 48 ชั่วโมง เพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดและการได้ประโยชน์จากการให้ corticosteroids ครบคอร์สเพื่อกระตุ้นปอดทารก

การให้ยา dexamethasone หมายถึง การให้ corticosteroids เพื่อกระตุ้นปอดทารกให้สร้าง Lung maturity โดยให้ Dexamethasone 6 mg IM q 12 hr x 4 doses ถือเป็น 1 คอร์ส¹⁷

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ ณ ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม โดยเปรียบเทียบอัตราการคลอดครบกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลนครปฐมและได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานแต่ไม่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ สตรีมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ถึงอายุครรภ์ก่อนครบ 37 สัปดาห์ที่มาฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์และมาใช้บริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลนครปฐม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ สตรีมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 12 ถึงอายุครรภ์ก่อนครบ 37 สัปดาห์ที่มาฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์และมาใช้บริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลนครปฐม การคำนวณขนาดตัวอย่างบนสมาร์โฟน (Smartphone) ที่พัฒนามาจาก Ngamjarus, Chongsuvivatwong, McNeil และ Holling¹⁸ n4Studiesversion 1.4.0 ได้จำนวนกลุ่มละ 93 คน ซึ่งประกอบด้วย

1. กลุ่มควบคุม คือ สตรีมีครรภ์เดี่ยว ที่ได้รับการดูแลตามปกติที่ห้องฝากครรภ์ตั้งแต่เดือนเมษายน 2559 ถึง ธันวาคม 2559 และเข้ามารับบริการที่ห้องคลอดทุกรายโดยไม่มีการสู่ม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 89 คน

2. กลุ่มทดลอง คือ สตรีมีครรภ์เดี่ยวทุกราย ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจากห้องฝากครรภ์ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2560 และเข้ามารับบริการที่ห้องคลอดทุกรายโดยไม่มีการสู่ม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 103 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

1. สามารถพูด ฟัง เข้าใจภาษาไทยและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์
3. แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีแผนการรักษาให้มีการยับยั้งการคลอด

4. ไม่มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์

เกณฑ์การคัดออก

1. มีข้อบ่งชี้และแพทย์มีแผนการรักษาให้ยุติการตั้งครรภ์

2. กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการยับยั้งการคลอด

3. กลุ่มตัวอย่างขอย้ายโรงพยาบาล

4. กลุ่มตัวอย่างขอยุติการเข้าร่วมศึกษา

ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ อีกทั้งแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีรายละเอียดและขั้นตอนที่มีความเกี่ยวข้องหลายฝ่าย จึงทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในเวลาเดียวกันได้ ทั้งนี้จึงได้ระบุช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองเป็นช่วงเวลาเดียวกับกลุ่มควบคุม คือ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม ซึ่งมีจำนวนผู้รับบริการที่ใกล้เคียงกันและยังไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ประกอบด้วย

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ ณ ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งปรับมาจากแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2013 ในขั้นตอนการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่หน่วยฝากครรภ์เพื่อให้มีความทันสมัยทางหลักฐานเชิงประจักษ์และเหมาะสมกับบริบท โดยมีทีมคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งประกอบด้วย สูติแพทย์จำนวน 6 ท่าน พยาบาลระดับหัวหน้างานห้องคลอดจำนวน 1 ท่าน พยาบาลระดับหัวหน้าห้องฝากครรภ์จำนวน 1 ท่าน และผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด รวมทั้งสิ้นจำนวน 9 ท่าน ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ขั้นตอนการประเมินกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่หน่วยฝากครรภ์ของ รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 8 รายการประกอบด้วย ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน การติดเชื้อภาวะติดเชื้อเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติที่มดลูกผ่าตัดบริเวณปากมดลูก ครรภ์แฝดน้ำ มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม และมีการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ 2) ขั้นตอนการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย การแก้ไขภาวะติดเชื้อ

ในช่องปาก ภาวะ Asymptomatic bacteriuria ภาวะ Bacterial vaginosis การให้ยาโปรเจสเทอโรนในกลุ่มสตรีที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ให้ความรู้ และใช้แบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ระบุกิจกรรมตามรายชื่อของแนวปฏิบัติ และใช้บัตรที่มีข้อความคำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระยะบววันที่ครบ 37 สัปดาห์ และ 40 สัปดาห์ สำหรับแปะหน้าสมุดฝากครรภ์

ทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และได้ปฏิบัติจนครบทุกข้อเสนอนี้ตามแนวปฏิบัติทางคลินิก หลังการทดลองใช้ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยสูติแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน พบว่าในหัวข้อความง่ายต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก หัวข้อความชัดเจนของแนวปฏิบัติทางคลินิก หัวข้อความเหมาะสมของเนื้อหาแนวปฏิบัติทางคลินิกต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน หัวข้อความพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีระดับความเห็นด้วยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 ส่วนหัวข้อแนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้เกิดผลดีต่อสตรีมีครรภ์เห็นด้วยระดับมาก ร้อยละ 90.00 เห็นด้วยระดับปานกลาง ร้อยละ 10.00 หัวข้อแนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยประหยัดเวลาและลดต้นทุนด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ เห็นด้วยระดับมาก ร้อยละ 80.00 เห็นด้วยระดับปานกลาง ร้อยละ 20.00 หัวข้อแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ ในหน่วยงานเห็นด้วยระดับมาก ร้อยละ 90.00 เห็นด้วยระดับปานกลาง ร้อยละ 10.00

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองตามตัวแปรของการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ คุณภาพการฝากครรภ์ และอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก

2.2 แบบบันทึกจำนวนการคลอดครบกำหนด

2.3 แบบบันทึกจำนวนการคลอดครบกำหนด หลังได้รับการยับยั้งการคลอด

2.4 แบบบันทึกจำนวนการได้รับยาเดกซาเมทาโซน ครบ 4 เข็ม

2.5 แบบบันทึกการเปิดขยายของปากมดลูก 3 เซนติเมตรเมื่อแรกเริ่มเข้าห้องคลอด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อพิจารณา ได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูลเลขที่ NPH-REC NO 002/2017

แนวปฏิบัติฉบับนี้ปฏิบัติโดยสูติแพทย์และพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ หน่วยฝากครรภ์ รพ.นครปฐม แต่อาจมีความเสี่ยงเรื่องการแพทย์ซ้ำซ้อน ทั้งนี้ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการแพทย์ซ้ำในผู้ป่วยของคณะกรรมการโรงพยาบาลนครปฐม โดยจะได้รับการซักประวัติการแพทย์ซ้ำ และประวัติของโรงพยาบาลที่เคยได้รับยาและเกิดอาการแพ้ยา เป็นต้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ประเมินปัญหาของหน่วยงาน ซึ่งพบปัญหาการคลอดกำหนดที่เพิ่มสูงขึ้น และเป็นกลุ่มที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐมเป็นส่วนใหญ่ ที่มารับบริการเป็นครั้งแรกที่มีปากมดลูกเปิดมากกว่า 4 ซม.ขึ้นไปและไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ถึงร้อยละ 76.50 จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจึงจำเป็นต้องได้รับการจัดการที่เป็นระบบเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระยะประจักษ์

1.2 กำหนดทีมงานในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งเป็นทีมเดียวกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม ประกอบด้วย สูติแพทย์ หัวหน้างานห้องคลอด หัวหน้างานฝากครรภ์ และพยาบาลวิชาชีพงานฝากครรภ์ จำนวน 9 ท่าน โดยผู้ศึกษาเป็นหัวหน้าทีม ทำหน้าที่ในการนิเทศ ติดตาม ให้คำปรึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

1.3 ประชุมเพื่อร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและรวบรวมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันตัดสินใจดำเนินการปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และเพื่อให้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทาง

คลินิกสอดคล้องกับบริบท

1.4 นำเสนอแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม ให้คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกพิจารณารายชื่อ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ขั้นตอนการประเมินกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่หน่วยฝากครรภ์ จำนวน 8 รายการ 2) ขั้นตอนการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์ ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้และประเมินความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีที่มีความเสี่ยงสูงต่อเพื่อรับการรักษาและติดตามผลการรักษา มีแนวทางการให้ยาในแนวทางเดียวกันในการรักษาภาวะ Asymptomatic bacteriuria และภาวะ Bacterial vaginosis กรณีที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนพิจารณาให้ยาโปรเจสเทอโรนในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ ประธานผู้บริหารถึงการให้สิทธิฟรีในผู้รับบริการจังหวัดนครปฐม เพื่อการเข้าถึงยาโปรเจสเทอโรนอย่างครบถ้วน การติดตามน้ำหนัก ภาวะโภชนาการและการแก้ไขภาวะขาด หลังจากนั้นนำข้อเสนอจากคณะกรรมการไปแก้ไขเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทมากที่สุด

1.5 จัดประชุมบุคคลากรงานห้องฝากครรภ์ และงานห้องคลอดเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ ความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในหน่วยงาน นำเสนอแนวปฏิบัติทางคลินิก สำนวญความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และพิจารณาความเหมาะสมของแนวปฏิบัติทางคลินิก

1.6 ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด ณ ห้องฝากครรภ์ กับสตรีมีครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลนครปฐมจำนวน 5 คน และได้ปฏิบัติจนครบทุกข้อ และทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก

1.7 นำผลสรุปที่ได้จากการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมาประชุมหาข้อตกลงร่วมกัน จัดทำแบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดระบุกิจกรรมตามรายชื่อของแนวปฏิบัติ และจัดทำบัตรที่มีข้อความ

คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระหว่างที่ครบ 37 สัปดาห์ และ 40 สัปดาห์ แพะไว้หน้าสมุดฝากครรภ์

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ดำเนินการในกลุ่มควบคุม คือ สตรีมีครรภ์เดี่ยวทุกรายที่มีคุณสมบัติตามลักษณะกลุ่มเปรียบเทียบ โดยได้รับการดูแลตามปกติที่ห้องฝากครรภ์ตั้งแต่เดือนเมษายน 2559 ถึง ธันวาคม 2559 และเก็บรวบรวมข้อมูลทำงานห้องคลอดในช่วงกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1.1 ห้องฝากครรภ์ ดำเนินการตามขั้นตอนการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข คือ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการฝากครรภ์ตามนัด จำนวน 5 ครั้ง โดยที่ครั้งแรกมาฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการซักประวัติ การคัดกรองประเมินความเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ การตรวจหาห้องปฏิบัติการ การตรวจครรภ์ การตรวจอัลตราซาวด์และการให้วัคซีนและการตรวจสุขภาพในช่องปาก

2) ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน

3) ได้รับความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่

2.1.2 ห้องคลอด ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1) ได้รับการดูแลตามแนวทางการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในห้องคลอด ตามแผนการรักษาโดยการให้ยาคลายกล้ามเนื้อจนกว่าจะไม่พบการหดตัวของมดลูก ยากระตุ้นการทำงานของปอดทารกจนครบ 4 เข็ม และการพักผ่อนบนเตียง

2) มีการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ตามที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติคือ ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีมีครรภ์อายุครรภ์ที่คลอดทั้งกรณีที่ได้รับยายับยั้งการคลอดและไม่ได้ยายับยั้งการคลอด การได้รับยาเดกซาเมทาโซนและการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกขับ

3) ประเมินผลลัพธ์ทั้งในระหว่างทำการศึกษาและหลังสิ้นสุดการศึกษา

4) วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่าง

กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2.2 ดำเนินการในกลุ่มทดลอง คือ สตรีมีครรภ์ทุกรายที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มทดลอง โดยได้ดำเนินการวิจัยที่ห้องฝากครรภ์ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2560 และเก็บรวบรวมข้อมูลทำงานห้องคลอดในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.2.1 ห้องฝากครรภ์ ดำเนินการตามขั้นตอนการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบ (ข้อ 1-3) และเพิ่มแนวทางการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนี้

1) หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์จำนวน 8 รายการ และมารดาจะรับทราบความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง จะดำเนินการตามขั้นตอนการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย

- การแก้ไขภาวะติดเชื้อในช่องปาก
- ภาวะ Asymptomatic bacteriuria
- ภาวะ Bacterial vaginosis
- การให้ยาโปรเจสเทอโรนในกลุ่มสตรี

ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด

- ภาวะโภชนาการ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก และภาวะชด ในทุก ๆ ครั้งของการฝากครรภ์

3) หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะมีบัตรติดอยู่หน้าปัสสาวะฝากครรภ์ โดยมีข้อความเกี่ยวกับคำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสั้นๆ กระชับ “ให้มารพ.ทันที เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ ท้องแข็งตึง เป็นก้อน นับได้ 6 ครั้งใน 1 ชั่วโมง มีน้ำใส หรือเลือดออกทางช่องคลอด” ระบุวันที่ครบ 37 สัปดาห์และ 40 สัปดาห์ และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ

4) หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะให้ความรู้เรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดซึ่งมีรายละเอียดในข้อความหมาย ภาวะเสี่ยง การป้องกันภาวะเสี่ยง อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล ชี้แจงช่วงวันที่ไม่ควรคลอดก่อน วันที่ครบ

37 สัปดาห์และ 40 สัปดาห์ (ที่ระบุในบัตรหน้าปัสสาวะฝากครรภ์) ร่วมกับนำเสนอภาพทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลกระทบทั้งระยะสั้นระยะยาว และประเมินความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 1

5) ติดตามผลการรักษาด้วยแบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดซึ่งระบุกิจกรรมตามรายชื่อของแนวปฏิบัติ

2.2.2 ห้องคลอด ดำเนินการตามขั้นตอนเช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีมีครรภ์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาตามลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยเปรียบเทียบจำนวนสตรีมีครรภ์ที่คลอดครบกำหนด จำนวนสตรีมีครรภ์ที่คลอดครบกำหนดหลังได้รับการยืนยันการคลอด จำนวนสตรีมีครรภ์ที่ได้รับยาเดกซามetasone ครบ 4 เข็ม การเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกเริ่มเข้าห้องคลอดน้อยกว่า 3 เซนติเมตรระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เปรียบเทียบประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 89 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 103 คน สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติมีอายุ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 73 เป็นครรภ์หลังคิดเป็นร้อยละ 59.59 โดยฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 49.38 สำหรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกพบว่ามีอายุ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 74.78 เป็นครรภ์หลังคิดเป็นร้อยละ 60.21 โดยฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 56.30

2. การเปรียบเทียบสัดส่วนการคลอดครบกำหนดระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติมีการคลอดครบกำหนดจำนวน 18 คน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีการคลอดครบกำหนดจำนวน 40 คน เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบสัดส่วนการคลอดครบกำหนดโดยรวม โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีการคลอดครบกำหนดมากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงตารางที่ 1

3. การเปรียบเทียบสัดส่วนการคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอดระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติมีการคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอดจำนวน 18 คน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีการคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอดจำนวน 38 คน นำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบสัดส่วนการคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอด โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีการคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอด มากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ สัดส่วนการคลอดครบกำหนดระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ได้รับการดูแล	กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้	p-value
	ตามปกติ	แนวปฏิบัติทางคลินิก	
	(n=89)	(n=103)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
คลอดครบกำหนด	18 (16.02)	40 (38.83)	.04

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ สัดส่วนการคลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอดระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ได้รับการดูแล	กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้	p-value
	ตามปกติ	แนวปฏิบัติทางคลินิก	
	(n=89)	(n=103)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
คลอดครบกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอด	18 (20.22)	38 (36.89)	.008*

4. การเปรียบเทียบสัดส่วนการได้รับยาเดกซาเมทาโซน ครบ 4 เข็ม ระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติได้รับยาเดกซาเมทาโซน ครบ 4 เข็ม จำนวน 33 คน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบ 4 เข็ม จำนวน 56 คน นำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบการได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบ 4 เข็ม โดยใช้สถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับยาเดกซาเมทาโซน ครบ 4 เข็ม มากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงตารางที่ 3

5. การเปรียบเทียบสัดส่วนการเปิดขยายของปากมดลูกแรกรับน้อยกว่า 3 เซนติเมตร ระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติมีการเปิดขยายของปากมดลูกแรกรับน้อยกว่า 3 เซนติเมตรจำนวน 30 คน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีการเปิดขยายของปากมดลูกแรกรับน้อยกว่า 3 เซนติเมตรจำนวน 84 คน นำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบการเปิดขยายของปากมดลูกแรกรับ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีการเปิดขยายของปากมดลูกแรกรับ น้อยกว่า 3 เซนติเมตร มากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนการได้รับยาเดกซาเมทาโซน ครบ 4 เข็ม ระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ได้รับการดูแล	กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้	p-value
	ตามปกติ	แนวปฏิบัติทางคลินิก	
	(n=89)	(n=103)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ได้รับยาเดกซาเมทาโซน ครบ 4 เข็ม	33 (37.07)	56 (54.36)	.01*

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนการเปิดขยายของปากมดลูกแรกรับน้อยกว่า 3 เซนติเมตรระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ได้รับการดูแล	กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้	p-value
	ตามปกติ	แนวปฏิบัติทางคลินิก	
	(n=89)	(n=103)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การเปิดขยายของปากมดลูกแรกรับ น้อยกว่า 3 เซนติเมตร	30 (33.70)	84 (81.55)	.001*

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ ณ ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม โดยเปรียบเทียบการคลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอด การได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบ 4 เข็ม การเปิดขยายปากมดลูกแรกรับน้อยกว่า 3 cm. ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยมีการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การศึกษาดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีสัดส่วนของการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองความเสี่ยงทั้งภาวะ Asymptomatic bacteriuria bacterial vaginosis ภาวะฟันผุ ภาวะติดเชื้อ ภาวะทุพโภชนาการ ทำให้ได้รับการรักษาและติดตามผลการรักษาที่เหมาะสมเป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างทันทั่วทั้ง หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ได้รับยาโปรเจสโตโรนจนถึงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และได้รับความรู้ ได้เห็นภาพทารกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ผลกระทบทั้งระยะสั้น ระยะยาว ได้ทราบช่วงวันที่ไม่ควรคลอด อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลและได้รับการประเมินความรู้อย่างถูกต้อง ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความตระหนักและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งตรงกับการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Senathi และคณะ¹⁹ พบว่าการวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกคนโดยการประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ให้คำแนะนำและจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์เมื่อพบความเสี่ยง มีการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว สามารถยืดอายุครรภ์ได้ และจากการศึกษาของ Suwansarn และ Ruchiraprasert²⁰ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ยังขาดความรู้ความเข้าใจและไม่สามารถเชื่อมโยงว่าการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการที่มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาในขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุเสี่ยงทำให้เกิดการหดตัวของมดลูกและนำไปสู่การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ดังนั้นบุคลากรควรเน้นเรื่องนี้เมื่อให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดหลังได้รับการยับยั้งการคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีสัดส่วนการได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบ 4 เข็ม และสัดส่วนการเปิดขยายปากมดลูกเมื่อแรกรับน้อยกว่า 3 cm. มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถสังเกตความผิดปกติ อาการนำที่ก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทำให้รับมาโรงพยาบาลในขณะที่มีความก้าวหน้าของปากมดลูกน้อยกว่า 3 cm เมื่อแรกรับ จึงทำให้ได้รับการยับยั้งการคลอดที่ทันเวลา ได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบทั้ง 4 เข็ม จนถึงสามารถยืดอายุครรภ์ออกไปได้นครบกำหนด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sopacharee²¹ พบว่าโดยปัจจัยที่สามารถทำนายการชะลอการคลอดก่อนกำหนดได้ดีที่สุด คือ ความบางของปากมดลูกเมื่อแรกรับ รองลงมาได้แก่ ระยะเวลาที่มีน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล ระยะห่างของการเจ็บครรภ์ ดังนั้นหากหญิงตั้งครรภ์สามารถมาโรงพยาบาลเมื่อปากมดลูกแรกรับน้อยกว่า 3 cm จะทำการยับยั้งการคลอดประสบความสำเร็จ ได้รับยาเดกซาเมทาโซนครบ 4 เข็มและสามารถยืดอายุครรภ์ออกไปได้

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงถึงประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติการดูแลในระยะตั้งครรภ์โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งอ้างอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลสตรีมีครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดได้ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพในการดูแลสตรีมีครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม และเป็นแนวทางให้กับโรงพยาบาลอื่นที่สนใจ ในการนำไปปรับใช้ให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงในระยะปฏุมภูมิต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรมีการควบคุมตัวแปรพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม เช่น ระดับการศึกษา BMI และนำเสนอข้อมูลด้านความเสี่ยงที่พบตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดกำหนดของแต่ละกลุ่มที่ศึกษา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาระดับการรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ร่วมกับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการคลอด ก่อนกำหนด ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ในการ

ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

References

1. American College of Obstetrician and Gynecologists. Management of Preterm Labor. American College of Obstetrician and Gynecologists practice bulletin No. 171. Obstetrics and Gynecology 2016;128:155-164.
2. American College of Obstetrician and Gynecologists. Assessment of risk factors for preterm birth. American College of Obstetrician and Gynecologists practice bulletin No. 31. Obstetrics and Gynecology 2001;98:709-16.
3. Punyaphan B. Achievement of Preterm Birth in Ramathibodi Hospital. In: Kolathat T, Sripramote M, Supap P, Chamnanwankit S and Charasthong C, editors. Strengthening the Maternal and Infant Health Network for Preterm Birth Care. Bangkok: Amarin Rin Printing and Publishing; 2009. p.242-58. (in Thai)
4. Chawanphaibun S. Experience in caring for pregnant women with preterm labor at Siriraj Hospital. In: Kolathat T, Sripramote M, Supap P, Chamnanwankit S and Charasthong C, editor. Strengthening the Maternal and Infant Health Network for Preterm Birth Care. Bangkok: Amarin Rin Printing and Publishing; 2009. p.228-39. (in Thai)
5. Heaman M, Blanchard J, Gupton A, Moffat M, Currie R. Risk factors for spontaneous preterm birth among aboriginal and non- aboriginal women in Manitoba. Paediatr Perinat Epidemiol 2005;19: 181-193.
6. Promislow JH, Hertz-Picciotto I, Schramm M, Watt-Morse M, Anderson JJ. Bed rest determinants of bone loss during pregnancy. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2004;191:1077-83.
7. Maloni JA, Margervicius SP, Damato EG. Multiple gestation: Side effects of antepartum bed rest. Biological research for nursing 2006;8:115-28. doi: 1099800406291455
8. Cuningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 22th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2007.
9. Delivery room, Nakhonpathom Hospital Annual maternity statistics report. Nakhonpathom: Nakhon Pathom Hospital; 2015.
10. Khan KS, Honest H. Risk screening for spontaneous preterm labour. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology 2007;21: 821-30.
11. Jones DP, Collins BA. The nursing management of women experiencing preterm labor: Clinical guidelines and why they are needed. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 1996;25:569-92.

12. Maternal, Newborn & Early Child Development Resource Centre. Preterm birth making a difference: Clinical practice guidelines. 2002 [cited 2009 October 20]. Available from: https://www.beststart.org/resources/rep_health/pdf/Preterm_mstr.pdf
13. Di Renzo GC, Roura LC, Facchinetti F, Antsaklis A, Breborowicz G, Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011;24:659-67. doi:10.3109/14767058.2011. 553694
14. Ministry of Health Singapore. Management of preterm labour. 2001 [cited 2009 October 20]. Available from: <http://www.ams.edu.sg/pdf/Preterm>
15. Obstetric unit. Clinical practice guidelines: guidelines for the care of pregnant women with preterm labor, 2007. Bangkok: Department of Obstetrics and Gynecology. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University.
16. Regional health promotion center 11. Operating manual, guidelines for the care of pregnant women with preterm labor Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital 2013 [cited 2016 October 20]. Available from: www.hpc11.go.th › intranet
17. The Royal Thai Collage of Obstetricians and Gynaecologist. RCOG Clinical Practice Guideline The Management of Preterm Labour and Preterm Premature Rupture of Membranes [cited 2020 May 20]. Available from: http://www.hpc.go.th/download/data/hpc5_01.pdf
18. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V, McNeil E, Holling H. Enhancement of learning on sample size calculation with a smartphone application: A cluster-randomized controlled trial. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2017;48:240-52. (in Thai)
19. Senathi P, Srisong S, Prompromrak R, Permchat M. Development of the Nursing Model for Pregnant Women to Prevent Preterm Labour. *Journal of Nursing and Health Care* 2016; 34: 164-73. (in Thai)
20. Suwansarn A, Ruchiraprasert N. Perception and Preventive Behaviors of Recurrent Preterm Labouramong Pregnant Women After Hospital discharge. *Journal of Nursing and Health Care* 2562;37:93-102. (in Thai)
21. Sopacharee C, Singkham O. Factors predicting delaying in preterm birth among women who received tocolysis. *Thai Journal of Nursing Council* 2561;33:47-58. (in Thai)