



การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

พรศิริ เสนธิวิ พย.บ.*

สุดใจ ศรีสงค์ พย.ม.*

รัศมีแข พรหมประกาย สธ.ม.**

มณีนรัตน์ เพิ่มชาติ พย.บ.**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทำการศึกษาที่คลินิกฝากครรภ์ และห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่เข้ารับการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ จำนวน 120 คน หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสูติแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษที่ห้องคลอด จำนวน 120 คน และบุคลากรพยาบาล จำนวน 18 คนดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2557 ถึง กันยายน 2558 ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ระยะที่ 3 ประเมินผล โดยประเมินผลลัพธ์จากการนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และสถิติทดสอบไคสแควร์ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์การจัดกลุ่มเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้ 1) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ 2) การประสานส่งต่อสูติแพทย์ 3) การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การวางแผนการจำหน่ายโดยใช้ M-E-T-H-O-D 5) การติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทางโทรศัพท์ 6) การให้ความรู้โดยให้สามีและญาติมีส่วนร่วม หลังการนำรูปแบบไปใช้ได้มีการประเมินผลลัพธ์โดยการเปรียบเทียบการเกิดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 7.26, p = .003$) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้เปรียบเทียบการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง และการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม พบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง และยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดมากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 4.910, p = 0.027$) และ ($X^2 = 5.637, p = .018$) ตามลำดับ สำหรับการเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำ พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($X^2 = 1.426, p = .232$)

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การคลอดก่อนกำหนด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labour) เป็นภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์และก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์^{1,2,3} โดยวินิจฉัยจากการตรวจร่างกาย พบการหดตัวของ

มดลูกอย่างสม่ำเสมอ 4 ครั้ง ใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 60 นาที ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก พบมีการเปิดขยายของปากมดลูกมากกว่า 1 เซนติเมตร และปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป⁴

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพนม

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม



การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถือเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งต่อมารดาและทารก สำหรับผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของมารดาในด้านร่างกาย พบว่า ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อส่วนหลัง ขาไม่มีแรง ส่วนผลกระทบด้านจิตใจทำให้หญิงตั้งครรภ์สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง เกิดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ ทำให้เกิดภาวะกดดันและซึมเศร้า และถ้าไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์ จะทำให้มีการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งพบว่าการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด⁵ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 8-12^{1,2,6} ของการคลอด ผลกระทบด้านทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มอาการหายใจลำบาก ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง โรคปอดเรื้อรัง และภาวะลำไส้เน่า นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว เช่น สมรรถภาพหรือความสามารถในการมองเห็นผิดปกติ จากการได้รับออกซิเจนเพื่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน นอกจากนี้อัตราการเสียชีวิตของทารกยังสัมพันธ์กับอายุครรภ์ก่อนคลอดอีกด้วย⁷ ยิ่งกว่านั้นการที่ทารกต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก และยังทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกในประเทศไทยพบว่าค่ารักษาพยาบาลของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดเฉลี่ย 175,000 บาทต่อราย⁸ โดยที่ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายในการดูแลในกรณีทารกมีความพิการหรือพัฒนาการล่าช้า ดังนั้นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดรวมทั้งการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่มีต่อทั้งมารดาและทารกที่กล่าวมาข้างต้น

การป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนดสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิโดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ 2) การป้องกันระดับทุติยภูมิจะมุ่งเน้นที่การรักษาหรือลดความเสี่ยงในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 3) การป้องกันระดับตติยภูมิเป็นการดูแลรักษาเมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด⁹

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 : เมษายน - มิถุนายน 2559

การป้องกันเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการแก้ไขปัญหาการคลอดก่อนกำหนด โดยการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย และส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนและการแก้ไขปัจจัยเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อสามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ทันเวลาที่และให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปจนมีอายุครรภ์เพิ่มขึ้นหรือจนกระทั่งครบกำหนดคลอด ประเทศไทยมีนโยบายที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพื่อลดอัตราการตายปริกำเนิด และทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย อันเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กได้วางเป้าหมายหลักในการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กของประเทศ คือ อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่า 28 วัน ไม่เกิน 5 : 1,000 การเกิดมีชีพ และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 ของทารกเกิดมีชีพ¹⁰

จากสถิติโรงพยาบาลนครพนม ปี พ.ศ. 2555-2557 มีหญิงตั้งครรภ์มารับการรักษาในหออคลอด จำนวน 3,445 3,230 และ 3,238 คนตามลำดับ และมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.70, 10.87 และ 11.33 ตามลำดับ สำหรับสถิติด้านทารกแรกเกิด พบอัตราทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.91, 10.58 และ 8.85 ตามลำดับ¹¹ ซึ่งเกินกว่าเป้าหมายที่กรมอนามัยกำหนดคือร้อยละ 7¹⁰ จากการวิเคราะห์สาเหตุของคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิด พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกน้ำหนักน้อยคือการคลอดก่อนกำหนดดังนั้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนา

จากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลนครพนม ตั้งแต่กระบวนการฝากครรภ์ซึ่งเป็นการป้องกัน ปฐมภูมิ ปัญหาที่พบบอกจากการฝากครรภ์ที่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน พบว่าการคัดกรองที่ปฏิบัติอยู่ยังไม่มีความจำเพาะและครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตลอดจนวิธีการให้คำแนะนำความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรสำหรับการป้องกันตติยภูมิ พบว่าการดูแลหญิงตั้งครรภ์



ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่เป็นการดูแลรักษาโดยการให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกสำหรับการพยาบาลเป็นการพยาบาลตามแผนการรักษาเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ขาดการดูแลต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาอายุครรภ์ พบว่า มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 28-32 สัปดาห์ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จะต้องใช้เวลาประมาณ 5-9 สัปดาห์ที่ต้องจัดการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งอาจจะจัดการดูแลตนเองได้ไม่ดีจนต้องกลับมารักษาซ้ำ ดังรายงานสถิติของงานสถิติกรม โรงพยาบาล นครพนม ปี 2555-2557 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีการกลับมารักษาซ้ำถึงร้อยละ 53.2, 56.7 และ 52.0 ตามลำดับ¹¹

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันในระดับปฐมภูมิ โดยมีการประเมินปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้มีความเจาะจงและครอบคลุมปัจจัยทุกด้านวิธีการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงที่สามารถสร้างความตระหนักในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ การป้องกันในระดับตติยภูมิโดยการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามที่มีหวังคือ สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) สถานที่ทำการวิจัยคือ คลินิกฝากครรภ์ งานผู้ป่วยนอก และงานห้องคลอด โรงพยาบาล นครพนม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือน กันยายน 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนตุลาคม 2557 – มกราคม 2558 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ สตรีมีครรภ์ที่ได้รับการประเมินและมีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวน 120 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจำนวน 60 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (ก่อนการพัฒนา) จำนวน 60 คน

กลุ่มที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสูติแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาและสังเกตอาการที่ห้องคลอด โรงพยาบาล นครพนม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ + 6 วัน ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยตรวจพบอาการดังนี้ 1) มีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอมากกว่า 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 60 นาที 2) มีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร และมีความบางของปากมดลูกมากกว่าร้อยละ 80 3) สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวน 120 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนา จำนวน 60 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (ก่อนการพัฒนา) จำนวน 60 คน

กลุ่มที่ 3 บุคลากรพยาบาล จำนวน 18 คน ได้แก่ พยาบาลคลินิกฝากครรภ์ จำนวน 2 คน พยาบาลห้องคลอด จำนวน 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส ข้อมูลการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วย อายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ 3) แบบบันทึกจำนวนการเกิดการคลอดก่อนกำหนด โดยบันทึกหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเกิดการคลอดก่อนกำหนด 4) แบบบันทึกจำนวนการยุติระยะเวลาการตั้งครรภ์ โดยบันทึกหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ช่วงเวลาดังแต่ที่เริ่มทำการรักษา



และช่วงเวลาที่รักษาจนคลอด 5) แบบบันทึกจำนวนหญิงตั้งครรภ์ในการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยบันทึกหญิงตั้งครรภ์ในการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การยืดระยะเวลาการคลอด การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยสถิติทดสอบไคสแควร์

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครพนม ทั้งนี้คณะผู้วิจัยพบหญิงตั้งครรภ์เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย อธิบายให้ทราบวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยโดยหญิงตั้งครรภ์สมัครใจเข้าร่วมโดยไม่มีข้อบังคับใดๆ และแจ้งให้ทราบว่าหญิงตั้งครรภ์สามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัยและไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ จำนวน 120 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น จำนวน 60 คน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเดิม (ก่อนการพัฒนา) จำนวน 60 คน เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของผู้ร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งด้านอายุ ลำดับการตั้งครรภ์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยพบว่าส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-24 ปี มากที่สุด กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 31.7 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเดิม ร้อยละ 33.3 ลำดับการตั้งครรภ์ พบครรภ์แรกมากที่สุด กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 40 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเดิม ร้อยละ 36.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับ

มัธยมศึกษา กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 40 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเดิม ร้อยละ 38.3 มีอาชีพแม่บ้านมากที่สุด กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 28.3 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเดิม ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 48.3 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเดิม 55

กลุ่มผู้ร่วมวิจัยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด จำนวน 120 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น จำนวน 60 คน กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเดิม (ก่อนการพัฒนา) จำนวน 60 คน เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของผู้ร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้งด้านอายุ อายุครรภ์ ลำดับการตั้งครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยพบว่าส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-24 ปี กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 31.7 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเดิม ร้อยละ 23.3 และมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 34-36⁺ สัปดาห์มากที่สุด กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 60 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเดิม ร้อยละ 51.7 ลำดับการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 36.3 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเดิม ร้อยละ 43.3 สถานที่ฝากครรภ์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 60 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเดิม ร้อยละ 58.3 มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 28.3 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเดิม ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 46.7 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลแบบเดิม ร้อยละ 43.3



กลุ่มพยาบาลมีทั้งหมด 18 คน มีอายุระหว่าง 31-40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 37 วุฒิมัธยมศึกษาจบปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 71.7 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในการดูแลหึ่งตั้งครรภ์มากกว่า 10 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 33.3

2. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พบว่า การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในระดับปฐมภูมิที่สำคัญ คือ การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด แนวทางการคัดกรองยังไม่มี ความเฉพาะเจาะจงและครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดรูปแบบและวิธีการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักและมีความสามารถเพียงพอที่จะดูแลตนเองได้ สำหรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยทั่วไปจะเป็นการดูแลทางด้านร่างกายให้นอนพักและเน้นการให้ยาป้องกันการหดตัวของมดลูก สำหรับการพยาบาลจะเป็นการพยาบาลตามแผนการรักษาและให้การดูแลตามอาการยังไม่มี การนำปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ในส่วนของการวางแผนจำหน่ายเมื่อเปรียบเทียบกับแนวมาตรฐานของแผนกสูติ นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่า กิจกรรมการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์การจัดการ เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่ครอบคลุมในรายละเอียดโดยเฉพาะเรื่องทักษะการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตัวเองและเมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้วส่วนใหญ่ยังขาดการดูแลต่อเนื่อง

3. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

3.1 คลินิกฝากครรภ์

3.1.1 ให้มีการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยปรับปรุงแนวทางการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วย 5 ด้าน ซึ่งเพิ่มเติมจากแนวปฏิบัติเดิม ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยด้านการเจริญพันธุ์ ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรม¹² จำนวน 28 ข้อ

3.1.2 รูปแบบการให้ความรู้ โดยให้สามีหรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมกิจกรรมการรับคำแนะนำใช้เวลาประมาณ 20 นาที

3.1.3 การประสานส่งต่อสูติแพทย์ในกรณีหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต้องได้รับการดูแลรักษา

3.2 ห้องคลอด

3.2.1 ประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้แบบประเมินเดียวกันกับแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่คลินิกฝากครรภ์

3.2.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการจัดการเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย โดยให้ญาติหรือสามีมีส่วนร่วมในการรับความรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจและช่วยเหลือแก่หญิงตั้งครรภ์พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

3.2.3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาสูติศาสตร์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปี พ.ศ. 2553 เป็นเกณฑ์ในการยกร่าง ในส่วนของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่รับไว้ในห้องคลอด ประกอบด้วย 1) แนวทางการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ขั้นตอนการปฏิบัติในการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่รับไว้ในห้องคลอด¹³

3.2.4 การวางแผนจำหน่ายโดยรูปแบบ M-E-T-H-O-D ดังนี้

M = medication ผู้ป่วยจะได้รับยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ได้แก่ bricanyl, nifedipine, mgso4 เภสัชกรแนะนำเกี่ยวกับยาที่ได้รับผลข้างเคียงและการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรแจ้งเจ้าหน้าที่

E = Environment/Economic พยาบาลแนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ประเมินความพร้อมของครอบครัวและผู้ดูแล และแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

T = Treatment แพทย์อธิบายเกี่ยวกับการเป้าหมายการรักษา พยาบาลประเมินและสอนทักษะเกี่ยวกับการประเมินการหดตัวของมดลูกได้ด้วยตนเอง และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลหรือโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือ



H = Health แพทย์อธิบายเกี่ยวกับโรคพยาบาลสอนและประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

O = Outpatient Referral พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด หน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านที่สามารถไปรับบริการ หน่วยงานที่สามารถขอความช่วยเหลือหรือขอคำปรึกษาเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน

D = Diet โภชนาการ ประเมินและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์

3.2.5 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ภายหลังจำหน่ายในวันที่ 3 และ 7 หลังจากนั้นติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยพยาบาลห้องคลอด เพื่อประเมินอาการเจ็บครรภ์ วิธีการจัดการที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้คำปรึกษาตามปัญหาที่พบ

4. ประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีอุบัติการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 1) สำหรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถอยู่ระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมงและอยู่ระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด (อายุครรภ์ 37 สัปดาห์) มากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 0.05 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) สำหรับการเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผล

ผู้ศึกษาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ผลลัพธ์จากปีที่ 34 ฉบับที่ 2 : เมษายน - มิถุนายน 2559

การศึกษานี้ยืนยันถึงประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้น ซึ่งปัจจัยต่อความสำเร็จประการที่หนึ่งคือ การประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมการพยาบาลที่ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาเสนอทางเลือกการแก้ไขปัญหา ปรับเปลี่ยนรูปแบบจนมีความเหมาะสมกับบริบทและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างแท้จริง โดยพิจารณาให้ครอบคลุมตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย (care process) โดยเริ่มตั้งแต่การเข้าถึงบริการ การดูแลตั้งแต่การฝากครรภ์ การรับไว้ในโรงพยาบาล การจำหน่าย และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งองค์ประกอบหลักของรูปแบบการพยาบาลนี้ได้ใช้แนวคิดการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเพื่อลดอัตราทุพพลภาพและลดอัตราการเสียชีวิตของทารก โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การป้องกันระดับทุติยภูมิ จะมุ่งเน้นที่การรักษาหรือลดความเสี่ยงในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการป้องกันระดับตติยภูมิ คือ การดูแลรักษาเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันมิให้มีการหดตัวของมดลูก และมีการเปิดช่องปากมดลูกเพิ่มขึ้น⁹ อีกประการหนึ่งคือ การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือสูงมาใช้ (strong evidence practice) โดยผู้ศึกษาได้ใช้กลยุทธ์ส่งเสริมการนำไปใช้โดยการเตรียมความพร้อมของบุคลากรผู้ปฏิบัติทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติ โดยการจัดอบรมให้ความรู้ การจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และคู่มือปฏิบัติตัวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีการติดตามนิเทศการปฏิบัติและให้มีการนำเสนอในการประชุมประจำเดือนของกลุ่มการพยาบาลในวาระเรื่องกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล นอกจากปัจจัยทั้ง 2 ประการแล้ว อีกปัจจัยหนึ่งคือการใช้การสนับสนุนทางสังคม โดยให้บุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะสามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลการเข้าร่วมในกิจกรรมการรับคำแนะนำ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้การช่วยเหลือแก่หญิงตั้งครรภ์ได้ และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์จากพยาบาลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจจากการที่สามารถขอรับคำปรึกษาได้ตลอด ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นพื้นฐานที่มีอิทธิพล



ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ดังการศึกษาของ จีวีวรรณ อยู่สำราญ และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัยทำนาย ความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า การสนับสนุนทาง สังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการ ดูแลตนเอง ($r = .55, p < .001$) และสามารถทำนายความ สามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 30.7 ซึ่งแหล่ง สนับสนุนทางสังคมอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะสามีซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อความสามารถในการ ดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด และบุคลากรในทีมสาธารณสุข

2. ผลลัพธ์การพัฒนาแบบการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พบว่า วัตถุประสงค์การเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อน กำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงกลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนา เมื่อเปรียบเทียบกับหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบ เดิม (ก่อนการพัฒนา) น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .01$) อธิบายได้ว่า รูปแบบการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นนี้ได้มีการวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุก คนที่มารับการฝากครรภ์ โดยมีการประเมินปัจจัยเสี่ยง ต่อการคลอดก่อนกำหนดทุกครั้งที่ได้รับบริการฝาก ครรภ์ เมื่อพบว่าปัจจัยเสี่ยงหญิงมีครรภ์รายนั้นจะได้อรับคำแนะนำ การจัดการกับปัจจัยเสี่ยง และการวางแผน การดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาล หญิงมีครรภ์ และ ครอบครัว การประเมินปัจจัยเสี่ยงทำให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ทำให้พยาบาลผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลจัดการกับปัจจัยเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ กรณีหญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โดยให้คำแนะนำเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมหรือวิถีชีวิตที่ส่งเสริมไม่ให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยได้นำสามีหรือครอบครัวเข้ามามี ส่วนร่วม และในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านการตั้งครรภ์ ปัจจุบัน เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและช่องคลอด หลังจากประเมินพบความเสี่ยงแล้วพยาบาลผู้ดูแลจะส่ง ต่อพบแพทย์เพื่อการรักษาและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ทำให้ปัจจัยเสี่ยงนั้นหมดไปหรือลดลง ดังนั้นการศึกษา ครั้งนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{15,16}

ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการพัฒนาแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอด ก่อนกำหนด ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการ พยาบาลที่พัฒนาขึ้น และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบ เดิม (ก่อนการพัฒนา) พบว่า การยืดระยะเวลาการตั้ง ครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง และการยืดระยะเวลาการตั้ง ครรภ์จนครบกำหนดคลอด (> 37 สัปดาห์) สูงกว่ากลุ่ม หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้อรับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (ก่อนการพัฒนา) อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าในการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดนี้ได้มีการนำ แนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในการพยาบาล ทำให้หญิง ตั้งครรภ์คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดได้รับการดูแลที่ เหมาะสม และได้รับยาช่วยป้องกันการหดตัวของมดลูกทัน เวลา ทำให้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหมดไป หญิงตั้งครรภ์สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปได้ซึ่งก็ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธรมณณ์ โกศัย¹⁷

การเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่ พัฒนาขึ้นและหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (ก่อน การพัฒนา) พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งตะวัน ช้อยจ่อหอ¹⁷ และ ณัฐธรมณณ์ โกศัย¹⁶ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่จำหน่ายกลับบ้านในการศึกษานี้มีจำนวน น้อย โดยกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนา ขึ้น จำนวน 27 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบ เดิม จำนวน 14 คน จึงอาจเป็นผลให้การทดสอบทางสถิติไม่ แตกต่างกัน สำหรับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับ การพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า หญิง ตั้งครรภ์ทั้ง 7 คน ที่กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นไม่มีปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถ จัดการได้ ได้แก่ มีประวัติผ่าตัดคลอด มีภาวะถุงน้ำคร่ำ แตกก่อนกำหนด ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่เป็นความเสี่ยง



จากปัญหาที่เกิดขึ้นจึงทำให้หญิงตั้งครรภ์กลับมารักษาซ้ำ ซึ่งผลการศึกษาแตกต่างกับการศึกษาของ นวรัตน์ ไชยมพู่ และ อาภรณ์ คงช่วย¹⁸ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาข้อมูลอัตราการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบร้อยละ 25.92. ซึ่งก็ต่ำกว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิมที่พบร้อยละ 50.0 ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปใช้ ควรมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ
2. ควรมีการติดตาม กำกับ ประเมินของการพัฒนาแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง และปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน คมสันต์ สุวรรณฤกษ์ และ เต็นศักดิ์ พงศ์โรจน์เผ่า (บรรณาธิการ). ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีสมุทรสาคร; 2554.
2. ชีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ และกระเชียร ปัญญาคำเลิศ. สูติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรินต์ติ้งเฮาส์; 2551.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23rd ed. New York: MC Graw-Hill; 2010.
4. ศรีเกียรติ อนันตสวัสดิ์. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม3. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์ ; 2552.
5. พัญญู พันธุ์บุรณะ. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ในถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, จิตติมา สุนทรสัจ, สมศักดิ์ สุทัศน์ วรวิทย์ (บรรณาธิการ). สูติศาสตร์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ:

- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555.
6. สายฝน ชวาลไพบูลย์ และสุจินต์ กนกพงศ์ศักดิ์. ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะน้ำเดินในครรภ์ก่อนกำหนด. เวชบัณฑิตศิริราช 2554; (2): 25-39.
7. London ML, Ladewig PW, Ball JW, Bindler RC. Maternal-newborn & child nursing Family Centered care. New Jersey: Prentice Hall; 2003.
8. นราธิป โคละทัต. ผลกระทบของคลอดก่อนกำหนด ใน: นราธิป โคละทัต บรรณาธิการ. การบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพมารดาและทารก. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2551.
9. Berghella V, Preterm Birth: Prevention and management. West Sussex: Wiley-Black well; 2010.
10. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข; 2550.
11. Medical statistics department. Medical statistics 2012-1014: Nakhonphanom: Nakhonphanom Hospital; 2012.
12. Linsay P. Preterm labour. In H.Christine M. Sue (Eds).Mayer midwifery : A text book for Midwives (13 th ed). Toronto : Bailliere Tindall; 2004.
13. Yusamran C, Kongeera A, Sirisomboon R. Social support, knowledge And self-care Ability of pregnant women with preterm labor. Thai Journal of Nursing Council 2007; 22(1): 60-72.
14. Punlom T. Effectiveness of clinical practice guidelines implementation for preterm labour prevention among at risk pregnant women at antenatal care clinic in Mae Sariang district. (Independent study). Chiangmai: Chiangmai University; 2008.
15. Kosai N. Effectiveness of Implementing clinical practice guidelines for care of Women with preterm labor, Labor Unit, Sukhotai Hospital. (Independent study). Chingmai: Chiangmai University; 2011.
16. รัชนิยา มหาโพธิ์, พิมพ์ ปัสนิตย์. ผลของการใช้แบบประเมิน Preterm alert ต่อการจัดการเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. วารสารการพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555; 30 (4): 166-172.



17. Chojjorhor, R, Serisathien, R, Ratinthorn, A. Ekachai kovavisarach. The effects of Nursing Therapeutics on Preventive Management of Preterm Labor, Readmission and Gestational Age at Birth in Pregnant Women with Preterm Labor. Journal of Nursing Science (supplement) 2009; 27(2): 39-48.
18. Navarat Waichompu, Arporn Konghauy. Development of Discharge Planning Model for pregnant women with preterm labor pain. The southern college Net Work Journal of Nursing and Public Health 2015; 2(3): 114-128.
19. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.;2553.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (ก่อนการพัฒนา)

อุบัติการณ์	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (n=60) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (n=60) จำนวน (ร้อยละ)	X ²	p-value
การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด	16 (26.7)	4 (6.6)	7.260	.007*

**P<0.01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ของหญิงที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (ก่อนการพัฒนา)

การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (n=60) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (n=60) จำนวน (ร้อยละ)	X ²	p-value
การยืดระยะเวลาดังครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง	19 (31.67)	32 (53.33)	4.910	.027*
การยืดระยะเวลาดังครรภ์จนครบกำหนดคลอด	8 (13.33)	20 (33.33)	5.637	.018*

*p<0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำของหญิงที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (ก่อนการพัฒนา)

	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (n=14)* จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (n=27)* จำนวน (ร้อยละ)	X ²	p-value
การกลับมารักษาซ้ำ	7 (50.00)	7 (25.92)	1.426	.232NS*

NS* = Not significant

หมายเหตุ * จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่จำหน่ายโดยไม่คลอด



Development of the Nursing Model for Pregnant Women to Prevent Preterm Labour

Ponsiri Senthiri B.N.S.*

Sudjai Srisong M.N.S.*

Rassamekhere Pomprakai M.N.S.**

Maneerat Permchat B.N.S.**

Abstract

The objective of this study were to develop and investigate the developed nursing model on pregnant women to prevent preterm labour at antenatal care clinic (ANC), labour room, Nakhonphanom Hospital. The subject were 120 patients who visited in ANC, 120 patients who admitted in labor room and 19 nurses. The development process had been performed form October 2014 to September 2015, It had been included three steps. 1) situation analysis to identify problem; 2) developing the nursing model for pregnant women; and 3) evaluation. The data were analyzed by 1) descriptive statistic (frequency, percentage); 2) inferential statistic (chi-square) and 3) qualitative data (content analysis).

The results of the study showed that the nursing model composed of 6 elements; 1) screening of risk factor associated to preterm labor in pregnant women 2) coordinating with obstetrician 3) using clinical nursing guideline for pregnant women with preterm labour 4) using D-method discharge planning 5) continuing care and telephone visit 6) education for pregnant women and family. After using the nursing model, the rate of preterm labour in the risk pregnant women those receiving care of the developed nursing model were significantly less than those were cared by using the conventional nursing ($X^2 = 7.26$, $p = .003$). The rate of prolong gestational age over 48 hours and over 37 weeks in the pregnant women with preterm labor those receiving care of the developed nursing model were significantly higher than those were cared by using the conventional nursing ($X^2 = 4.910$, $p = 0.027$ and $X^2 = 5.637$, $p = .018$). There were no significantly different on readmission rate in both groups ($X^2 = 1.426$, $p = .232$).

Keywords : pregnant women, preterm labor, preterm birth

* Registered Nurse Senior Professional level

** Registered Nurse Professional level