

**ผลการใช้นโยบายการพยาบาลเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอด
ก่อนกำหนดต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด
ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย**

**Impact of a Nursing Care Guideline of Self-care in Pregnant Women at Risk
for Preterm Labor Pain on Rates of Preterm Labor and Preterm Birth
in Kaset Wisai Hospital**

ธัญทิพ วงษ์จำปา*

Thunyatip wangchampa

Corresponding author: E-mail: hunyatip1109@gmail.com

(Received: January 29, 2024; Revised: February 5, 2024; Accepted: March 5, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดหลัง (Two group pre-test posttest design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ 26-28 สัปดาห์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเข้ารับบริการฝากครรภ์ ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลเกษตรวิสัยระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 61 คน รวมขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 122 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล และแบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ %Differences

ผลการวิจัย : อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อัตราการคลอดก่อนกำหนดและไม่คลอดก่อนกำหนดลดลงจากปี พ.ศ.2565 เป็น 7.6%, 29.22, 54.54 และ 25.52 ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษานี้ยืนยันได้ว่าการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพได้

คำสำคัญ : นโยบายการพยาบาล; หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยง; ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด; อัตราการคลอดก่อนกำหนด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

Abstract

Purposes : To impact of a nursing care guideline of self-care in Pregnant Women at risk for preterm labor pain on rates of preterm labor and preterm birth.

Study design : Quasi-experimental research; group pre-test posttest design.

Materials and Methods : 122 of samples were consisted of pregnant women with a gestational age of 26-28 weeks who were at risk for preterm labor, who receive antenatal care services in antenatal clinic at Kaset Wisai Hospital between March and August 2022. Data were collected using a data recording form and pregnancy outcome records. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and %differences.

Main findings : The incidence of premature labor in experimental and control groups were significantly different ($p < .05$) and the incidence of premature labor in experimental group was significantly different ($p < .05$), and premature birth rate and did not give birth prematurely, decreasing from 2022 to 7.6%, 29.22, 54.54 and 25.52, respectively.

Conclusion and recommendations : The results of this study confirm that using clinical practice guidelines for the care of pregnant women with preterm labor can improve quality outcomes.

Keywords : Nursing care guideline; Pregnant women at risk; Preterm labor pain; Rates of preterm labor; Preterm birth.

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ที่มีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ และมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมักจะเกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดจะส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย เป็นปัญหาที่มี ความซับซ้อนรุนแรง¹ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ไม่สามารถยับยั้งได้จะส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา ซึ่งจากการศึกษาพบว่าทารกที่คลอดก่อนกำหนด มีอัตราการตายปริกำเนิดสูงกว่าทารกที่คลอดครบกำหนดถึง 8 เท่า² มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระยะแรกเกิด เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบาก, ภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ การติดเชื้อ ภาวะหายใจล้มเหลวฉับพลัน การเจ็บป่วยในระยะยาว และนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ ซึ่งได้แก่ ปัญญาอ่อน สมรรถภาพการสูญเสียการได้ยินและการมองเห็น³ รวมถึงส่งผลกระทบต่อองค์การพัฒนาร่างกายของสติปัญญาในเด็กวัยเรียน⁴⁻⁵ อีกทั้งการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง

เช่นเดียวกับอุบัติการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลเกษตรวิสัยตั้งแต่ปี พ.ศ.2557-2564 พบว่ามีจำนวน 39, 65, 47, 58, 55, 56, 41 และ 38 ราย ในกลุ่มนี้พบว่าคลอด จำนวน 5, 6, 10, 24, 30, 22, 13 และ 12 ราย ไม่คลอด จำนวน 31, 46, 31, 30, 16, 29, 23 และ 26 ราย ส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 3,13,6,4,9,5,5 และ 1 รายตามลำดับ⁶ อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth rate) ต่ออัตราการคลอดในประเทศที่พัฒนาแล้วพบได้ประมาณร้อยละ 5.0 ถึงร้อยละ 7.0 ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น แอฟริกาและเอเชีย มีอุบัติการณ์เท่ากับร้อยละ 11.0 และ 9.1 ตามลำดับ⁷ สำหรับในประเทศไทยนั้นอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 12 โดยจัดอยู่ในลำดับที่ 55 จาก 184 ประเทศทั่วโลกของสถิติปีพ.ศ.2558-2560 โรงพยาบาลศิริราช พบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด

ต่อจำนวนคลอดทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 12.98, 13.52 และ 13.80 ตามลำดับ⁸ จะเห็นได้ว่าการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปของสตรีตั้งครรภ์ เช่น การทำงานนอกบ้านมากขึ้น ต้องเดินทางไกลเพื่อไปทำงานทุกวัน การสูบบุหรี่ หรือมีการใช้ชีวิตที่รีบเร่ง ทำให้เกิดภาวะเครียดที่เพิ่มมากขึ้น สตรีตั้งครรภ์ยุคใหม่มีแนวโน้มการตั้งครรภ์ในอายุที่เพิ่มมากขึ้น และมีการนำเทคโนโลยีที่ช่วยการเจริญพันธุ์มาใช้ ทำให้เกิดภาวะครรภ์แฝดสอง หรือมากกว่านั้น มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีโอกาที่จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ดังนั้นในบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้ในด้านการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดบทบาทของพยาบาลในด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงแบบองค์รวม โดยการให้ความรู้คำแนะนำในด้านการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ การปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพื่อประคับประคองการตั้งครรภ์ให้มีอายุครรภ์เพิ่มมากขึ้น หรือสามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดได้

ผลกระทบจากปรากฏการณ์ดังกล่าวในประเทศไทย สถิติค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักน้อยในหออภิบาลทารกแรกเกิดประมาณ 170,000 บาทต่อราย คิดประมาณค่ารักษาทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นเงินมากกว่า 2,300 ล้านบาทต่อปี⁹ ซึ่งก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัว รวมถึงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขของประเทศอีกด้วย ในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดด้วยวิธีการต่างๆอย่างแพร่หลาย แต่ยังไม่มีความสอดคล้องกัน ในรายงานการศึกษา และยังไม่พบวิธีใดที่เห็นผลได้ชัดเจนจากการจัดกระทำเพียงวิธีเดียว ซึ่งหลักการที่สำคัญที่สุดของการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงและมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้ได้โดยเร็ว เพื่อให้ผู้ที่มีกระบวนการเจ็บครรภ์คลอดเกิดขึ้นได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การให้ยาที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อ

ยี่ดะยะเวลาการตั้งครรภ์หรือช่วยยืดเวลาให้ยาสเดียรอยด์ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของปอดทารกอย่างเต็มที่เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นแก่ทารกในครรภ์ที่ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้¹⁰ เมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมักจะเกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดจะส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายของทารกและยังทำให้เพิ่มการเกิดภาวะทุพพลภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัวเสียไปเนื่องจากต้องนอนโรงพยาบาลนาน และเพิ่มค่าใช้จ่ายของครอบครัว ในส่วนของมารดาเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อยับยั้งการคลอด หญิงตั้งครรภ์มักเกิดภาวะเครียดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ต้องห่างครอบครัว และเพิ่มค่าใช้จ่ายเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตามแนวทางการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีการรับไว้เพื่อนอนโรงพยาบาล ประเมินอายุครรภ์ที่แน่นอนน้ำหนัก และส่วนน้ำหนักของทารก รวมทั้งประเมินสุขภาพของมารดา และทารกในครรภ์ค้นหาภาวะเสี่ยง สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลเกษตรวิสัยก็เช่นเดียวกันบทบาทของพยาบาลห้องคลอดคือเป็นผู้ประเมินและรวบรวมข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์และสภาวะทารกในครรภ์ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบและนำมาวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกัน ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่แรกได้รับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนั้นก่อนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ออกโรงพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ควรทราบวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของตนเองรวมทั้งสามารถประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการเพื่อมาโรงพยาบาลตั้งแต่แรกคือ เมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตรซึ่งทำให้มีโอกาสยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด

ได้สำเร็จมากกว่ามาโรงพยาบาลเมื่อปากมดลูกเปิดมากกว่า 3 เซนติเมตร จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง เช่นการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โปรแกรมลดความเครียดโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม¹¹

ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล (The nursing partnership) เป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยการที่พยาบาลเข้าไปแลกเปลี่ยนประสบการณ์เชิงวิชาชีพกับประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์โดยมีจุดประสงค์เพื่อการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเมื่อมีความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมทั้งการที่พยาบาลติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ส่งผลให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดลดลงจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จึงได้ศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล เพื่อเปรียบเทียบสาเหตุปัจจัยเสี่ยงอาการและอาการแสดง การรักษาการพยาบาลระหว่างรักษาในโรงพยาบาลและติดตามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน โดยมีเป้าหมายให้หญิงตั้งครรภ์รับทราบและตระหนักว่าตนเองมีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับหญิงตั้งครรภ์เพื่อหาวิธีลดความเสี่ยงสอนการสังเกตตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดหลัง (Two group pre-test posttest design)

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเกษตรวิสัยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ 26-28 สัปดาห์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเข้ารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลเกษตรวิสัยระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2565

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างน้อย 1 ข้อ จากการใช้แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสายฝน ขวาลย์ไพบุลย์¹² มีความประสงค์รับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเกษตรวิสัยจนอายุครรภ์ครบกำหนด โดยสามารถมาตรวจตามนัดได้ ทุก 2 สัปดาห์สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ และมีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ตลอดการวิจัย ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสูติแพทย์อย่างใกล้ชิด เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ดัชนีมวลกาย (Body mass index) มากกว่า 28 กิโลกรัม/เมตร²

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างประสงค์จะย้ายไปฝากครรภ์

ยังสถานบริการอื่นก่อนได้รับการดูแลครบตามโปรแกรม และกลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power program¹³ ใช้สถิติเปรียบเทียบ ซึ่งอ้างอิง สัดส่วนของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการศึกษาของฮิลและคณะ (Hill et al.) กำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 61 ราย รวมขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 122 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ (1) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งใช้แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสายฝน ขวาลย์ไพบุลย์¹² โดยมีหัวข้อประเมินความเสี่ยง 19 ข้อ ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล 5 ข้อ ปัจจัยด้านกายภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 5 ข้อ ปัจจัยทางชีวภาพ 7 ข้อ และปัจจัยด้านทารก 2 ข้อ โดยผู้มีความเสี่ยงตามแบบประเมินอย่างน้อย 1 ข้อ จัดว่าเป็นผู้เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (2) โปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

1) แผนการให้สุศึกษา เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงและวิธีการลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความสำคัญของการค้นพบอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้โดยเร็ว การสังเกตอาการ และอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ และการรักษาผู้ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2) คู่มือเรื่อง “9 ข้อข้อใจที่คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงและวิธีการลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความสำคัญของการค้นพบอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เร็ว การสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ และการรักษาผู้ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3) เครื่องมือติดตามการหดตัวของมดลูก โดยเครื่องมือบันทึกการหดตัวของมดลูกที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูก ซึ่งมีหัวตรวจชนิดภายนอก (External tocodynamometer) ใช้ติดตามประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 2 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสุติกรรม ลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ ตัวแปรอายุ ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว และน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ลักษณะทางสุติกรรมได้แก่ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และน้ำหนักในช่วง 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์

2.2 แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกผลการตรวจติดตามการหดตัวของมดลูก แบบบันทึกผลการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และแบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (validity) โดยนำแผนการสอน และคู่มือเรื่อง 9 ข้อข้อใจที่คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแบบบันทึกการสังเกตอาการ และการหดตัวของมดลูก แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ 3 ท่านได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์สาขาการพยาบาล

สูติศาสตร์ 2 ท่าน เพื่อพิจารณาหาความตรงของเครื่องมือทั้งความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และภาพประกอบ เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรง

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกฝากครรภ์หัวหน้าห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลที่ละกลุ่มจนครบตามจำนวนมีขั้นตอนดังนี้

1. สัมภาษณ์สตรีตั้งครรภ์โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หากพบความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อจึงขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยโดยการสมัครใจของผู้ร่วมการวิจัยเพื่อลดความวิตกกังวลชี้แจงวัตถุประสงค์และ วิธีดำเนินการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีนัดฝากครรภ์ในวันจันทร์อยู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่างที่มีนัดฝากครรภ์วันอังคารจัดอยู่ในกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นดำเนินการวิจัยในแต่ละกลุ่มดังต่อไปนี้

1.1 กลุ่มควบคุมได้รับคู่มือเรื่อง “9 ข้อข้อใจที่คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากสุพัตรา ปิ่นแก้ว, เอมพร รตินธร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และวิบูลย์ เรืองชัยนิคม¹¹ และได้รับการดูแลตามปกติจากคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งในปัจจุบันการดูแลตามปกติในคลินิกฝากครรภ์นั้น เป็นการประเมินอาการผิดปกติโดยรวมจากการซักประวัติในการฝากครรภ์ครั้งแรก และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามความเสี่ยงที่ค้นพบ หากพบว่ามีอาการเจ็บครรภ์เกิดขึ้นขณะตรวจครรภ์ สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจภายในโดยสูติแพทย์ หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการส่งตรวจประเมินการหดตัวของมดลูก โดยเครื่องมือบันทึกการหดตัวของมดลูกที่หน่วยตรวจพิเศษ

ของสูตินรีกรรม หรือที่ห้องสังเกตอาการในห้องคลอด

1.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการดูแลจากผู้วิจัยตามโปรแกรมการดูแลสตรี ตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งมีการดำเนินการตามโปรแกรมทั้งหมด 9 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พร้อมทั้งแจกคู่มือเรื่อง “9 ข้อข้อใจที่คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” และตรวจการหดตัวของมดลูกด้วยเครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูก หลังจากนั้นในครั้งที่ 2-9 ตรวจการหดตัวของมดลูกทุก 2 สัปดาห์ สลับกับติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์

2. รวบรวมข้อมูลโดยติดตามอายุครรภ์เมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอด และเมื่อคลอดก่อนกำหนด โดยติดตามทางโทรศัพท์และจากบันทึกของเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบอัตราเจ็บครรภ์คลอดและอัตราคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Percentage differences

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1012565

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 28.5 ปี (SD.=7.9) ส่วนใหญ่มีส่วนสูงตั้งแต่ 150 เซนติเมตรขึ้นไป จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย นอกจากนี้ยังพบว่าเกือบร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาชีพ และในกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพนั้น สถานภาพสมรสคู่ รายได้ของครอบครัวค่าเฉลี่ย 16,629.3 บาทต่อเดือน (SD.=12,300.9) และพบน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์โดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

เท่ากับ 51.9 กิโลกรัม (SD.= 8.1) โดยพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกัน เมื่อศึกษาลักษณะทางประชากรตามตัวแปรอายุ ส่วนสูง การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัวและน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่ามีแตกต่างกัน

2. ลักษณะทางสูติกรรม พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์ครั้งหลัง ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ ซึ่งแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีน้ำหนักช่วง 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ใกล้เคียงกัน และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก โดยการใช้การทดสอบไคสแควร์ และเปรียบเทียบน้ำหนักช่วง 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติทดสอบที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะทางสูติกรรมไม่แตกต่างกัน

3. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในแต่ละด้านพบว่า ด้านปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วยอายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา ภาวะซีด และเศรษฐฐานะ พบว่า กลุ่มควบคุมมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่ากลุ่มทดลองเพียงเล็กน้อย ด้านปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ดื่บบุหรี่และใช้สารเสพติด ขณะตั้งครรภ์ ความเครียด ทำงานหนัก พบกลุ่มตัวอย่างที่ดื่บบุหรี่และใช้สารเสพติด เพียงเล็กน้อยและใกล้เคียงกันในทั้งสองกลุ่ม ขณะที่กลุ่มทดลองทำงานหนักเป็นประจำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมด้านปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ พบว่ามีกลุ่มทดลองที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดมีประวัติแท้งคุกคามมากกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มทดลองเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรมหรือสูติกรรมและมีน้ำหนักขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์จำนวนใกล้เคียงกันกับกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยการทดสอบไคสแควร์และสถิติทดสอบ

ฟิชเชอร์ พบว่า ลักษณะปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นปัจจัยเสี่ยงของมารดาทางด้านกายภาพและพฤติกรรมสุขภาพในด้านทำงานหนักเป็นประจำที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยกลุ่มควบคุมมีร้อยละของการทำงานหนักเป็นประจำมากกว่ากลุ่มทดลอง

4. อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจากการทดสอบโดยใช้สถิติโคสแควร์ พบว่าอัตราการเกิด

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยพบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองร้อยละ 7.10 ขณะที่พบในกลุ่มควบคุมร้อยละ 20.00

5. อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อัตราการคลอดก่อนกำหนด และไม่คลอดก่อนกำหนดลดลงจากปี พ.ศ.2565 เป็น 7.6%, 29.22, 54.54 และ 25.52 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบจำนวนและอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อัตราการคลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด และการไม่คลอดก่อนกำหนด ระหว่างปี พ.ศ.2565 และ 2566

ตัวแปร	ปี พ.ศ.2565	ปี พ.ศ.2566	Percentage differences
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	10.79	10.00	-7.6
อัตราการคลอดก่อนกำหนด	3.25	2.42	-29.22
การคลอดก่อนกำหนด	14	8	-54.54
การไม่คลอดก่อนกำหนด	412	322	-24.52

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับโรงพยาบาลสุโขทัย พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีสัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า และสัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า แต่สัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำพบว่าไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ¹⁴ เช่นเดียวกับผลการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนที่มารับบริการฝากครรภ์ แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 60 ราย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนเท่ากันโดยทั้ง 2 กลุ่มมีอายุ ดัชนีมวลกาย ประวัติทางสูติกรรม ประวัติการเสพยาเสพติด และการรักษาที่ได้รับไม่แตกต่างกัน ข้อมูลการคลอด ได้แก่ ตัวแปรเพศ วิธีการคลอด น้ำหนักทารกและการรักษาที่ได้รับไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วัน และสัดส่วนทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนไม่แตกต่างกัน แต่สัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องนอนโรงพยาบาลและส่วนการคลอดก่อนกำหนด พบว่าแตกต่างกัน¹⁵ และสอดคล้องกับผลการวิจัยซึ่งพบว่า อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน¹¹

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องจากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร่วมกับการติดตามการหดตัวของมดลูกโดยใช้เครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูก และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อเน้นย้ำให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตอาการ และ

อาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองมีประโยชน์ในการลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดโดยการค้นหาผู้มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสามารถให้การรักษาดังแต่ในระยะเริ่มต้น นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนามาบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือสูง มีการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง และเกรดของการแนะนำซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาครอบคลุมทั้งการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระดับปฐมภูมิ คือ การป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่แผนกฝากครรภ์ และการป้องกันระดับทุติยภูมิ คือ การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดในรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยแนวปฏิบัติมีขั้นตอนที่ชัดเจนเข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมีการทดลองใช้แนวปฏิบัติก่อนนำมาใช้จริง สอดแทรกในงานประจำมีการติดตามปัญหา และอุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และเป็นแนวทางที่ตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์และก้าวทันกับยุคในปัจจุบันที่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่อยู่ในยุคของการควบคุมคุณภาพการดูแลครอบคลุม ต่อเนื่องมีมาตรฐาน ลดโอกาสความผิดพลาด¹⁶ และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นได้เร็วภายใน 30 นาทีหลังจากแรกเริ่มและสามารถยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายใน 15 นาที หลังแพทย์มีคำสั่งการรักษาและช่วยยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นผลสำเร็จมากกว่า 48 ชั่วโมง¹⁷ ทำให้การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นและส่งผลให้การคลอดก่อนกำหนดลดลง¹⁴ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵

จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระยะของการตั้งครรภ์นั้นเป็นเรื่องที่สำคัญมากและเป็นเรื่องที่ต้องดูแลได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากทีมสุขภาพไม่สามารถดูแลสตรีตั้งครรภ์ได้ตลอดเวลา เหมือนกับการดูแลผู้ป่วยที่นอน

อยู่ในโรงพยาบาล ดังนั้นการให้ความรู้ คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสม ในแต่ละบุคคลแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก เพื่อสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวได้รับความรู้และคำแนะนำต่างๆ ไปใช้ดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจ ในระหว่างที่ตั้งครรภ์ สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นมาโรงพยาบาลได้อย่างทันทั่วทั้งที่ และทุกครั้งที่สตรีตั้งครรภ์มาตรวจตามนัด ทั้งนี้พยาบาลควรทบทวนพฤติกรรมการดูแลตนเองอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และเน้นย้ำถึงความสำคัญและความจำเป็นของการได้รับยาโปรเจสเตอโรนเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พร้อมทั้งการให้กำลังใจแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวในการช่วยกันดูแลระดับประคอง เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอดได้¹⁸

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. พยาบาลคลินิกฝากครรภ์สามารถนำใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปใช้โดยเริ่มจากการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จัดระบบการดูแลเป็นรายบุคคล เพื่อค้นพบภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เร็วและรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่
2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง และใช้แบบวิจัยเชิงทดลองโดยสุ่มตัวอย่างเพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาโดยจัดโปรแกรมการดูแลให้สามาริได้รับความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เนื่องจากระหว่างจากการดำเนินการวิจัย พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับฝากครรภ์โดยสามาริเป็นผู้ดูแลและบางรายสามาริเป็นผู้รับโทรศัพท์ขณะโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และอาสาเป็นผู้รับข้อมูลเพื่อถ่ายทอดแก่สตรีตั้งครรภ์
4. ผลการวิจัยครั้งนี้พบจำนวนครั้งของการได้รับการติดตามการหดตัวของมดลูกเฉลี่ย 4 ครั้งต่อราย ซึ่งเพียงพอต่อการลดอัตราเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด จึงควรศึกษาโดยลดจำนวนครั้งของการติดตาม

การหดตัวของมดลูกเพียง 4 ครั้งต่อรายเพื่อลดค่าใช้จ่าย

5. สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ควรนำมาตรฐานคุณภาพไปอ้างอิงเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะมาตรการอื่น ๆ ที่มีหลักฐานยืนยันว่ามีประสิทธิผลในการป้องกันหรือดูแลภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น การวัดความยาวของปากมดลูกเพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้ยาโปรเจสเตอโรนเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการให้ยาโทโคไลติกเพื่อยับยั้งการหดตัวของมดลูกควรได้รับการเสนอเข้ากระบวนการพิจารณาบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์และนำไปพัฒนามาตรฐานคุณภาพในอนาคตเพื่อให้สามารถป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้มากขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Damus K. Prevention of preterm birth: A renewed national priority. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*. 2008;20(6):590-96.
2. Khashu M, Narayanan M, Bhargava S, Osiovič H. Perinatal outcomes associated with preterm birth at 33 to 36 weeks gestation: A population-based cohort study. *Pediatrics*. 2009;123(1):109-13.
3. Anderson P, Doyle L W. Neurobehavioral outcomes of school-age children born extremely low birth weight or very preterm in the 1990s. *The Journal of the American Medical Association*. 2003;289(24):3264-72.
4. Andrews W W, Cliver S P, Biasini F, Peralta-Carcelen A M, Rector R, Alriksson-Schmidt A I. Early preterm birth: Association between in utero exposure to acute inflammation and severe neurodevelopmental disability at 6 years of age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008;198(4):466.e1-466.e11.
5. Valcamonico A, Accorsi P, Sanzeni C, Martelli P, La Boria P, Cavazza A, et al. Mid and long-term outcome of extremely low birth weight (ELBW) infants: An analysis of prognostic factors. *Journal of Maternal Fetal & Neonatal Medicine*, 2007;(6):465-71.
6. โรงพยาบาลเกษตรวิสัย. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. ร้อยเอ็ด: งานยุทธศาสตร์; 2565.
7. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran A P, Merialdi M, Requejo J H, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ*. 2010;88(1):31-8.
8. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Annual Statistical Report 2017: Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Bangkok: Department of Obstetrics and Gynecology; 2018.
9. ธราธิป โคละทัต. ทารกคลอดก่อนกำหนด: สถานการณ์ปัจจุบันและผลกระทบในการบูรณาการระบบดูแลสุขภาพมารดาและทารก. กรุงเทพฯ: โครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวของเด็กและเยาวชนไทยในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์พระวรชายาในพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร; 2551.
10. Hill W C, Fleming A D, Martin R W, Hamer C, Knuppel R A, Lake M F, et al. Home uterine activity monitoring is associated with a reduction in preterm birth. *Obstetrics & Gynecology*. 1990;76(1):13s-18s.
11. สุพัตรา ปิ่นแก้ว, เอมพร รตินธร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และวิบูลย์ เรืองชัยนิคม. ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2557;22(4):58-71.
12. สายฝน ขวาลไพบูลย์. ตำราคลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพฯ: หน่วยเวชศาสตร์มารดา และทารกในครรภ์

- ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
13. Erdfelder E, Faul F, Buchner A. G power: A general power analysis program. Behavior Research Methods, Instruments & Computers. 1996;28(1):1-11.
 14. ณัฐธมนน โกศัย,ฉวี เบาพรวง, กรรณิการ์ กันธรักษา. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย. พยาบาลสาร. 2554;38(3):30-41.
 15. ทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์, วิรัชณี สุขวัฒนานนท์, ศศิธร อินทุม. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแพร่. 2563;28(2):25-35.
 16. ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. สภาการพยาบาล. 2548;20(2):63-74.
 17. วรรณทนี ลีหาพงศธร, ภรณ์ทิพย์ จันทาทิพย์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ในห้องคลอดโรงพยาบาลนารายณ์ มหาราช. วารสารกองการพยาบาล. 2559;43:46-62.
 18. ฐิรวรรณ บัวแย้ม, เพียงบุหลัน ยาปาน, สุจิตตรา พงศ์ประสขชัย. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. รามาธิบดี พยาบาลสาร. 2562;25(3);254-54.