วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2567)
Journal of Research and Health Innovative Development Vol.5 No.2 (May - August 2024)

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์

Development and Evaluation the Clinical Nursing Practice Guidelines for Preterm Birth Prevention at Phatumrat Hospital

วิไลพร อะมะมูล*

Wilaiporn Amamul

Corresponding author: E-mail; Wilaiporn.amamoon@gmail.com

(Received: June 24, 2024; Revised: June 30, 2024; Accepted: July 30, 2024)

บทนำ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and development design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสูติแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาเพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องคลอด ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 จำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย 3 กระบวนการสำคัญ ได้แก่ (1) การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (2) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล และ (3) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลรักษาต่อเนื่อง หลังจากนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า ความพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยรวม เพิ่มขึ้น 22.4% การกลับมารับการรักษาซ้ำ 30.0% และอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด 3.3%

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้สามารถป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนและส่งเสริมให้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ไปใช้

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล; สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปทุมรัตต์

Abstract

Purposes : To develop and evaluate continuous nursing practice guidelines for preterm birth prevention at phatumrat hospital.

Study design : Research and development design.

Materials and Methods : Pregnant women with a gestational age of 30 weeks to 36 weeks and 6 days who were diagnosed by an obstetrician with preterm labor and admitted for preterm labor inhibition in the delivery room between January and November 2023, totaling 30 individuals, and 5 professional nurses working in the delivery room. Data were collected using questionnaires and record forms. The data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

Main findings : The continuous nursing practice guidelines for prevention of preterm labor comprise three key processes were: (1) Promoting health literacy, (2) Identifying individual risk factors and (3) Screening for risks and providing continuous care. After implementing the nursing practice guidelines, it was found that overall behavior in preventing preterm labor increased by 22.4%, readmission rates decreased by 30.0% and the incidence of preterm labor decreased by 3.3%.

Conclusion and recommendations : The results of this study demonstrate that preterm labor can be effectively prevented. Therefore, relevant organizations should support and promote the implementation of these nursing practice guidelines.

Keywords : Clinical Nursing Practice Guidelines; Pregnant Women with Preterm Labour

* Registered Nurse Professional Level, Phatumrat Hospital.

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นการเจ็บครรภ์คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน และเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนรุนแรง[1] การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของการดูแลมารดาและทารก ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราหารกคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 11.6[2] ทารกที่คลอดก่อนกำหนดเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตและการทุพพลภาพในระยะยาว ความเสี่ยงเหล่านี้สูงขึ้นสัมพันธ์ผกผันกับอายุครรภ์ที่คลอด การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายที่สูง ใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ต้องมีกุมารแพทย์ทารกแรกเกิดที่เชี่ยวชาญและส่วนใหญ่ทำในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป ในทำนองเดียวกันจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธาธารณสุข พบว่าจากปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ถึง 2565 อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortalty Rate) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 4.40 เพิ่มเป็น 4.80 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน สาเหตุหลักร้อยละ 40.00 มาจากการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น หากจะลดอัตราตายทารกแรกเกิดให้เห็นผล จึงต้องลดการคลอดก่อนกำหนด ได้มีความพยายายามดำเนินการเพื่อลดทารกคลอดก่อนกำหนดมาเป็นเวลายาวนาน[3] แต่ยังไม่มีแนวโน้มลดลง การคลอดก่อนกำหนดมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน การแก้ปัญหาด้านสาธาธารณสุขเพียงอย่างเดียวอาจไม่ครอบคลุมปัจจัยสาเหตุได้ทั้งหมด จึงต้องดำเนินการในมิติอื่นๆ ด้วย ทั้งด้านเฉพาะตัวบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อมเศรษฐกิจ และควรมีกลไกการกำหนดนโยบายและการบูรณาการความร่วมมือจากภาครัฐ เอกชนและภาคประชาสังคม[4]

เช่นเดียวกับสถานการณ์ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ตั้งแต่ พ.ศ.2560-2565 พบว่า มีจำนวน 45, 47, 35, 31, 22 และ 25 ราย ในกลุ่มนี้พบว่า คลอด จำนวน 5, 2, 6, 3, 1 และ 2 ราย ไม่คลอด จนวน 37, 40, 29, 23, 16, และ 13 ราย ตามลำดับ และส่งต่อโรงพยาบาล จำนวน 3, 5, 3, 5, 10 ราย ตามลำดับ[5] เมื่อทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุแล้ว พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น อายุของมารดา (ต่ำกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี) มารดามีประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ หรือการใช้ยาเสพติด การขาดการดูแลก่อนคลอดที่เหมาะสม น้ำหนักของมารดาที่น้อยหรือมากเกินไปก่อนตั้งครรภ์ หรือการไม่เพิ่มน้ำหนักอย่างเหมาะสมระหว่างตั้งครรภ์ การทำงานที่ต้องยืนเป็นเวลานานหรือมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน และความเครียดสูงหรือภาวะวิตกกังวล[6] นอกจากนั้นยังพบว่ามีปัญหาจากการให้บริการในส่วนต่าง ๆ ตั้งแต่การฝากครรภ์จนกระทั่งคลอดบุตรอย่างเป็นระบบ ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดในคลินิกฝากครรภ์ การคัดกรองความเสียงและให้การป้องกันตั้งแต่ฝากครรภ์ และให้การดูแลเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น

อย่างไรก็ตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ไม่สามารถยับยั้งได้จะส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา จากการศึกษาพบว่า ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีอัตราการตายปริกำเนิดสูงกว่าทารกที่คลอดครบกำหนดถึง 8 เท่า[7] มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระยะแรกเกิด เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบาก ภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ การติดเชื้อ ภาวะหายใจล้มเหลวฉับพลัน การเจ็บป่วยในระยะยาว และนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ ซึ่งได้แก่ ปัญญาอ่อน สมองพิการ สูญเสียการได้ยินและการมองเห็น[8] รวมถึงส่งผลต่อเนื่องยังพัฒนาการของสติปัญญาในเด็กวัยเรียน[9] อีกทั้งการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง สถิติค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย เช่น ค่าห้องใน NICU ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลทารกในหอผู้ป่วยวิกฤต (NICU) อยู่ที่ประมาณ 2,500 บาทต่อวัน โดยมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาบาลที่ 2,800 บาท และค่าบริการโรงพยาบาลที่ 2,000 บาท ค่าใช้จ่ายรวมสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ค่าใช้จ่ายทั้งหมดอาจสูงถึง 20,000 - 50,000 บาทต่อวัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาที่ต้องรักษาใน NICU แต่ในค่าใช้จ่ายโดยรวมในการดูแลรักษาทารกคลอด

ก่อนกำหนดในโรงพยาบาลเอกชนโดยเฉลี่ยจะอยู่ที่ประมาณ 300,000-500,000 บาท ขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของกรณีและระยะเวลาที่ต้องรักษา ทั้งนี้การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายที่สูงและแตกต่างกันไปตามประเภทของโรงพยาบาลและความต้องการทางการแพทย์ที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละกรณี ซึ่งก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัว รวมถึงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขของประเทศอีกด้วย[10-11]

การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแบ่งได้ 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ มีจุดประสงค์เพื่อป้องกัน และลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนระดับทุติยภูมิคือ จะมุ่งเน้นที่ลดความเสี่ยงในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และระดับตติยภูมิคือ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการคลอดก่อนกำหนด ในระยะนี้พยาบาลควรให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นระยะการพยาบาลที่สำคัญที่จะทำให้สามารถยืดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ให้ครบกำหนดได้และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดได้[12] ทั้งนี้การป้องกันการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดด้วยวิธีการต่างๆ อย่างแพร่หลาย แต่ยังมีความไม่สอดคล้องกันในรายงานการศึกษาและยังไม่พบวิธีใดที่เห็นผลได้ชัดเจนจากการจัดกระทำเพียงวิธีเดียว ซึ่งหลักการที่สำคัญที่สุดของการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงและมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้ได้โดยเร็ว เพื่อให้ผู้ที่มีกระบวนการเจ็บครรภ์คลอดเกิดขึ้นได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ หรือช่วยยืดเวลาให้ยาสเตียรอยด์ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของปอดทารกอย่างเต็มที่เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นแก่ทารกในกรณีที่ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้[13]

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องเป็นการบูรณาการโมเดลการศึกษาของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Soukup, 2000)[14] และแนวคิดการประเมินผลลัพธ์[15] ซึ่งแนวคิดศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (The center for advanced nursing practice evidence-based practice model) เริ่มจากการค้นหาปัญหาทางคลินิกที่เป็นปัจจัยกระตุ้นจากการปฏิบัติงานและจากแหล่งความรู้ หลังจากนั้นทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีการและแหล่งสืบค้นที่หลากหลาย ประเมินคุณภาพระดับความน่าเชื่อถือ และความเป็นไปได้จากการทบทวนหลักฐานงานวิจัยเชิงทดลองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดอย่างเป็นระบบโดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน คือ 1) Evidence-trigger phase, 2) Evidence-supported phase, 3) Evidence-observed phase และ 4) Evidence-based phase

จากทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบกับการดูแลที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมมิติการดูแลต่อเนื่องในหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ซึ่งคาดว่าผลการศึกษาจะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าว ให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ สามารถส่งต่อแก่สูติแพทย์ เพื่อได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด และลดผลกระทบรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะคลอดก่อนกำหนดต่อไปจะทำให้สตรีตั้งครรภ์และทารกมีความปลอดภัย ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ ช่วยลดอัตราคลอดก่อนกำหนดและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ โดยมีกระบวนการวิจัย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (Soukup, 2000)[14] มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ และระยะที่ 2 การประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ โดยผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องคลอด จำนวน 30 คน ทำการประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอก่อนกำหนด การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และอายุครรภ์ที่คลอด โดยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นแต่ละขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์

ประชากร เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเอกสารอื่นๆ ที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลต่างๆ เช่น PubMed, Cochrane Library, Scopus, Web of Science, Google Scholar, ProQues, ScienceDirect, Medline และเผยแพร่เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน ตั้งแต่ พ.ศ. 2549-2565 หรือ ค.ศ. 2006-2022 ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นงานวิจัยที่คิดเลือกจาก 15 เรื่อง ได้จำนวน 8 เรื่อง ซึ่งต้องเรื่องที่เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ตั้งแต่ พ.ศ. 2549-2565 หรือ ค.ศ. 2006-2022

ระยะที่ 2 การประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

ประชากร ประชากรศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสูติแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาเพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องคลอดระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 จำนวน 30 คน และ (2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จำนวน 5 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีกาวะเจ็บครรค์ลอดก่อนกำหนด คำนวณจากสูตรของ Polit & Hungler[16] กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 91 (Confidence interval; 95%CI) Power of the test เท่ากับ 0.80 ได้ Samlie size เท่ากับ 30 คน ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) สตรีตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยตรวจพบอาการใดอาการหนึ่ง เช่น การหดตัวของมดลูกและเจ็บครรภ์อย่างสม่ำเสมอทุกๆ 10 นาที หรือน้อยกว่า การหดรัดตัวนานอย่างน้อย 30 วินาที หดรัดตัวอย่างสม่ำเสมอ หรือมีอาการผิดปกติปากมดลูก (Cervical effacement) ร้อยละ 80 หรือมากกว่า หรือมีการเปิดของปากมดลูกมากกว่า 1 เซนติเมตร หรือมีการเคลื่อนต่ำของส่วนของทารก และ 2) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) กรณีสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมวิจัยจะถูกคัดออกและให้การพยาบาลตามเกณฑ์ปกติ และ 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น ครรภ์เป็นพิษ รกเกาะต่ำ ตั้งครรภ์ แฝด เป็นต้น และ 3) ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะผิดปกติอื่นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ที่มีการะเจ็บครรรคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องของชลทิชา รักษาธรรม[12] ที่ได้ศึกษาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์

ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของหญิงมีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและลงบันทึก ประกอบด้วยตัวแปรวันเดือนปีที่เข้ารับการรักษา ชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ น้ำหนักตัวก่อนและหลังตั้งครรภ์ ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนและข้อมูลบุคคลที่พักอาศัยด้วย จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบบันทึกข้อมูลและเลือกตอบ

ตอนที่ 2 ประวัติและตรวจร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและลงบันทึกประกอบด้วยตัวแปรประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ครั้งนี้ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ และการรักษาที่ได้รับ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบบันทึกข้อมูลและเลือกตอบ

ตอนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและลงบันทึก ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง 5 ด้าน จำนวน 28 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ หรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน โดยมีการแปลผลความเสี่ยงดังนี้ ถ้าพบปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่า 2 ด้าน หรือเท่ากับ 2 ด้าน แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์นั้นมีปัจจัยเสี่ยงต่ำ และถ้าพบปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 2 ด้าน แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงสูง

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง และการแปลผล สตรีตั้งครรภ์ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์ลอดก่อนกำหนกำหนดต่ำ และถ้าคะแนนน้อยกว่า 23 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คอดก่อนกำหนดสูง

2. แบบประเมินการวางแผนจำหน่าย และติดตามเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสรุปปัญหาและการพยาบาลที่ได้รับประกอบด้วย วันที่จำหน่ายและลงประเภทว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ หรือกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง โดยมีเกณฑ์สรุปดังนี้ 1) กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ 2) กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง คือ สตรีตั้งครภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำและมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง หรือสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ หรือสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงและมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง จากนั้นสรุปปัญหาของสตรีตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมถึงการพยาบาลที่ต้องให้คำแนะนำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ตอนที่ 2 แบบประเมินการติดตามเยี่ยมและดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย การประเมินปัญหาของสตรีตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมในแต่ละครั้ง ลงบันทึกข้อมูลของปัญหาและให้การพยาบาลเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาให้กับสตรีตั้งครรภ์ โดยการติดตามเยี่ยมจะเป็นไปตามแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นแยกตามความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำและเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ 1) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไปตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ด้านสูตินรีเวชกรรม การพยาบาลทางสูติกรรม และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้วิจัยได้เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 - 1.00 มาใช้เป็นข้อคำถามโดยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ค่า IOC ตั้งแต่ และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ค่า IOC เท่ากับ 0.87 และแก้ไข

ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นได้แบบสอบถามนำไปทดสอบ (Try out) เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliabity) กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน หลังจากนั้นได้นำข้อมูลไปวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องที่บ้านเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องผู้วิจัยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (Soukup)[14] มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สิ่งกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (Evidence - trigger phase)

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence - supported phase)

ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงปรงประจักษ์นำเสนอลงสู่การปฏิบัติเพื่อทดลองใช้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมและประเมินได้ (Evidence obsenved phase)

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ผลของการนำไปใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในด้านกระบวนการใช้และผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ (Evidance - based phase) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยจากตารางทั้งหมดมาสังเคราะห์ สกัดข้อมูลส่วนที่จะนำไปใช้เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยกลับมาทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 2 ศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไปใช้ โดยผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนที่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า และมารับการรักษาที่ห้องคลอด จำนวน 30 คน ดังนี้

1) เก็บข้อมูลที่ห้องคลอด โรงพยาบาลปทุมรัตต์ ให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดและมีบุคลากรปฏิบัติให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 26 สัปดาห์เป็นต้นไป โดยมีแพทย์ จำนวน 1 คน และพยาบาลประจำห้องคลอด จำนวน 5 คน

2) การดำเนินการวิจัย โดย (1) ประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมดำเนินการเพื่ออธิบายรายละเอียดของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (2) เมื่อมีสตรีตั้งครรภ์เจ็บครรคลอดก่อนกำหนดเข้ามารักษาให้สตรีตั้งครรภ์ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบ่งระดับความเสี่ยง เป็น 2 ระดับ (3) การแยกกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำและกลุ่มเสี่ยงคลออดก่อนกำหนดสูงตามเกณฑ์ของแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำจะให้การพยาบาล ดังนี้ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำตามความพร่องของสตรีตั้งครรภ์ที่ทำแบบสอบถาม (2) แนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านตามสมุดคู่มือสำหรับดูแลคุณแม่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (3) ให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการนับการดิ้นของทารกในครรภ์ และ (4) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายครบ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง ตามแบบฟอร์มติดตามเยี่ยมและดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อสอบถามปัญหาและให้คำแนะนำ วิธีการแก้ไขปัญหาจากนั้นติดตามเยี่ยมที่แผนกฝากครรภ์ 1 ครั้งหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ และทำแบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรมซ้ำ ส่วนกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง จะให้การพยาบาลเหมือนกับเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ โดยมีการเพิ่มเติม คือ (1) ให้สตรีตั้งครรภ์ติดต่อทางโทรศัพท์ โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอดเวลาเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับ

การดูแลตนเอง การสังเกตการณ์เจ็บครรภ์ การหดรัดตัวของมดลูกจนกว่าจะคลอด หรือโทรศัพท์สอบถามอาการโดยตรง (2) ฝึกทักษะการใช้แบบบันทึกการการหดรัดตัวและแบบลงบันทึกการนับลูกดิ้นกลับไปบันทึกที่บ้าน 3) ติดตามการบันทึกการหดรัดตัวของมดลูกและแบบบันทึกการดิ้นของทารกจากแอปพลิเคชันไลน์ และที่แผนกฝากครรภ์ในครั้งที่ 1 และ 4) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าจะคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ลักษณะทางประชากร ปัจจัยเสี่ยง อัตราการกลับมาเป็นซ้ำ วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ และค่าร้อยละ

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดการเจ็บคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องและอายุครรภ์ที่คลอดระหว่างกลุ่มควบคุม โดยใช้ Percentage differrence

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรอ้ยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ COE 1542565 และผู้วิจัยทำการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างทุกรายโดยจัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างอ่านก่อนเข้าร่วมทำวิจัย

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ประกอบด้วย 3 กระบวนการสำคัญ ได้แก่ (1) **การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ** เพื่อดูแลตนเอง เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก หน่วยบริการฝากครรภ์ควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจแก่หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง และให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยเน้นให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด และให้สังเกตสัญญาณเตือนและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งให้คำแนะนำและช่องทางการติดต่อกับโรงพยาบาลกรณีมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น (2) **การค้นหาปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล** เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก ทำการซักประวัติ โดยมุ่งเน้นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด กรณีที่ตรวจพบปัจจัยเสียงรายบุคคลที่สามารถจัดการแก้ไขได้ เช่น การติดเชื้อภาวะโภชนาการ ปัญหาสุขภาพจิต การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การทำงานหนัก เป็นต้น และ (3) **การตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลรักษาต่อเนื่อง** โดย (1) เมื่อซักประวัติคัดกรองความเสี่ยง พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดชนิดที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous preterm delivery) ให้ตรวจวัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasound cervical length; TVCL) เป็นระยะทุก 1-4 สัปดาห์ ในช่วงอายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์ ให้พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย (2) ในรายที่ไม่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด แนะนำให้คัดกรองโดยตรวจวัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอดทุกราย เพียงครั้งเดียว ในช่วงอายุครรภ์ 18-22^{+6} สัปดาห์ ถ้าวัดความยาวปากมดลูก (TVCL) >25 มม. ให้ฝากครรภ์ตามปกติ แต่หากพบ TVCL≤ 35 มิลลิเมตร หรือ Funneling cervix ทั้งนี้ให้พิจารณาเป็นรายบุคล และทักษะของสูติแพทย์ผู้ดูแลรักษาในกรณีที่ไม่สามารถตรวจวัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอดได้ ให้พิจารณาตรวจทางหน้าท้อง (Transabdominal ultrasound cervical length; TVCL) ในช่วงอายุครรภ์ 18-22^{6+} สัปดาห์พร้อมกันกับการตรวจดูความสมบูรณ์ของทารกในครรภ์ หากพบ TACL ≤ 25 มิลลิเมตรให้พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย

2. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 18 ปี (13.3%) สถานภาพแต่งงานและอยู่ด้วยกัน (90.0%) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI; kgm^2) 18.5-24.9 ปกติ (73.4%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (80.0%) ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร (43.3%) รายได้ครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12,000 บาท/เดือน (83.3%) พักอาศัยกับบุคคลอยู่กับครอบครัวสามี (46.7%) การตั้งครรภ์เป็นครรภีหลังครรภ์หลัง (52.0%) ความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นอายุ <18 ปี หรือ >35 ปี (20.0%) รายได้ครอบครัว <12,000 /เดือน(83.3%) ประวัติคลอดก่อนกำหนด

(16.7%) สูบบุหรี่ (16.7%) ดื่มเครื่องดื่มมีกาเฟอีน (16.7%) และค่า BMI < 18.5kgm^2(13.3%)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังการพัฒนาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ (80.0%) และกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง (20.0%) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องโดยรวมพบว่า ก่อนการพัฒนาคิดเป็น 79.3% หลังการพัฒนา คิดเป็น 99.3% และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น 22.4% การกลับมารับการรักษาซ้ำและคลอด 30.0% และอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด 3.3% ดังแสดงในตารางที่ 1-5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลดก่อนกำหนดที่ใช้แนวปฏิบัฏิบัติฯ (n=30)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
อายุ	น้อยกว่า 18 ปี	4(13.3)
	18 - 35 ปี	24(80.0)
	มากกว่า 35 ปี	2(6.7)
สถานภาพ	แต่งงานและอยู่ด้วยกัน	27(90.0)
	อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน	2(6.7)
	หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1(3.3)
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI; kgm^2)	น้อยกว่า 18.5 (ผอม)	4(13.3)
	18.5-24.9 (ปกติ)	22(73.4)
	25.0-29.9 (น้ำหนักเกิน)	4(13.3)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	5(16.7)
	มัธยมศึกษา	24(80.0)
	อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	1(3.3)
อาชีพ	เกษตร	13(43.3)
	แม่บ้าน	12(40.0)
	ค้าขาย	5(16.7)
รายได้ครอบครัว/เดือน	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12,000 บาท	25(83.3)
	มากกว่า 12,000 บาท	5(16.7)
พักอาศัยกับบุคคล	ครอบครัวตนเอง	11(36.7)
	ครอบครัวสามี	14(46.7)
	สามี	5(16.7)
การตั้งครรภ์	ครรภ์แรก	12(40.0)
	ครรภ์หลัง	18(60.0)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n=30)

ความเสี่ยง	จำนวน(%)
อายุ <18 ปี หรือ >35 ปี	6(20.0)
การศึกษาต่ำกว่ามัธยม	5(16.7)
รายได้ครอบครัว < 12,000 /เดือน	25(83.3)
ประวัติคลอดก่อนกำหนด	5(16.7)
ประวัติแท้ง	2(6.7)
ภาวะซีด	2(6.7)
สูบบุหรี่	5(16.7)
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	1(3.3)
ดื่มเครื่องดื่มมีกาเฟอีน	5(16.7)
ค่า BMI < 18.5kgm^2	4(13.3)
ค่า BMI > 30 kgm^2	0(0.0)
ทำงาน > 8 ช.ม./สัปดาห์	0(0.0)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังการพัฒนา

กลุ่มเสี่ยง	จำนวน(%)
กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ	24(80.0)
กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง	6(20.0)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างร้อยละคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องโดยรวม โดยใช้ % Diferences ก่อนและหลังการพัฒนา (n=30)

พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ
ก่อนการพัฒนา	79.3
หลังการพัฒนา	99.3
% Diferences	+22.4

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการกลับมารับการรักษาซ้ำและคลอดก่อนกำหนด (n = 30)

ตัวแปร	จำนวน(%)
คลอดก่อนกำหนด	20(66.7)
การกลับมารับการรักษาซ้ำ	9(30.0)
อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด	1(3.3)

วิจารณ์

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ครั้งนี้พบว่าประกอบด้วย 3 กระบวนการสำคัญ ได้แก่ (1) การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (2) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล และ (3) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลรักษาต่อเนื่องเช่นเดียวกับการพัฒนา และประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาบาลสมุทรสาคร ซึ่งพบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประกอบด้วย 5 หมวด คือ 1) ระยะก่อนรับใหม่ 2) ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก 3) ระยะการพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมง 4) ระยะจำหน่าย และ 5) ระยะติดตาม การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพและความคิดเห็นหลังนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ใช้โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M= 2.97 ± 0.10 และ M= 2.96 ± 0.21 ตามลำดับ)[17]; กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการประเมินภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้บริการด้านการตรวจรักษาที่รวดเร็ว การส่งต่อเยี่ยมบ้านและการโทรติดตามเยี่ยมจนกว่าจะคลอด[18]; รูปแบบการสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย การฝึกทักษะ 5 ด้าน 1) ฝึกการเข้าถึง 2) ฝึกการเข้าใจ 3) ฝึกการไต่ถาม 4) ฝึการตัดสินใจ และ 5) ฝึกการนำไปใช้[19] และสอดคล้องกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลแพร่ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกัน และการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งพบว่าสัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องนอนโรงพยาบาล และสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือสูง มีการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง และเกรดของการแนะนำ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ที่พัฒนาครอบคลุมทั้งการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระดับปฐมภูมิ คือ การป้องกันไม่ให้สตรีมีครรภ์เกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่งานฝากครรภ์และการป้องกันระดับทุติยภูมิ คือ การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดในรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยแนวปฏิบัติมีขั้นตอนที่ชัดเจนเข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีการทดลองใช้แนวปฏิบัติก่อนนำมาใช้จริง สอดแทรกในงานประจำ มีการติดตามปัญหาและอุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และเป็นแนวทางที่ตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์และก้าวทันกับยุคในปัจจุบันที่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่อยู่ในยุคของการควบคุมคุณภาพการดูแล[20]

ผลการวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีจะต้องมาจากหลักฐานงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ร่วมกับการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ จึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้รูปแบบการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลายผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง และได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดโอกาสความผิดพลาด[21]

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาผลการโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่า สามารถช่วยให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดดีขึ้น จากการสื่อสาร ให้ข้อมูลที่เน้นให้

เกิดความกลัวต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จนเกิดความเชื่อ ทัศนคติต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นอันตรายต่อตนเองและทารก การสื่อสารผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ที่ประกอบด้วยการส่งข้อความ ข้อความเสียง รูปภาพ สติ๊กเกอร์ และวิดีทัศน์ เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ได้โดยสะดวก ไม่จำกัดเวลา และการประเมินผล พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังใช้แนวปฏิบัติบัติมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น[22] สอดคล้องกับผลการวิจัยซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ได้รับการดูแล โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีสัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า และสัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่สัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำ พบว่าไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพได้[23] ผลจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความรู้เพิ่มขึ้นขึ้น เป็นระดับดีทั้ง 9 ราย (ร้อยละ 100) ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ และไม่พบภาวะคลอดก่อนกำหนด[18] ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความเป็นไปได้ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับดีมาก ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ แตกต่างกันพบการคลอดก่อนกำหนดจำนวน 1 ราย (5.0%)[19] แต่ผลลัพธ์สอดคล้องกับการกลับมารักษาซ้ำใน 7 วัน ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีการกลับมารักษาซ้ำใน 7 วัน จำนวน 1 คน ส่วนกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติไม่มีการกลับมารักษาซ้ำใน 7 วัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีปัจจัยทางชีวภาพ และลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน และทั้งสองกลุ่มได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดด้วยยาคลายกล้ามเนื้อมดลูกในขณะนอนโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ทำให้การกลับมารักษาซ้ำใน 7 วัน จึงไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้ คือ (1) การประเมินความเสี่ยงรายบุคคลต้องดำเนินการตรวจคัดกรองความเสี่ยงเป็นประจำเพื่อตรวจหาและประเมินปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลอย่างรวดเร็วเพื่อการแทรกแซงที่ทันท่วงที (2) องค์ความรู้และมาตรฐานสำหรับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลรักษาต่อเนื่องเพื่อให้การจัดการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอ และ (3) พยาบาลห้องคลอดต้องมีระบบการติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง หรือพัฒนาระบบสนับสนุน เช่น การให้คำปรึกษาและการติดตามผลเพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป (1) ด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควรพัฒนาหลักสูตรการให้ความรู้สำหรับสตรีตั้งครรภ์เพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงและวิธีการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (2) การฝึกอบรมและพัฒนาวิชาชีพ โดยจัดให้มีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ และแนวทางการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (3) ประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างสูติแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เพื่อให้มีการดูแลแบบองค์รวมในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (4) จัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ เช่น บุคลากรและอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ให้มีประสิทธิภาพ (5) ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อให้ได้รับการสนับสนุน และความร่วมมือจากทุกฝ่าย และ (6) สนับสนุนการบูรณาการและความยั่งยืนของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ในระบบบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Damus K. Prevention of preterm birth: A renewed national priority. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology. 2008;20(6):590-96.
2. กลุ่มรายงานมาตรฐานอนามัยแม่แม่และเด็ก. ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2565. [Internet]. [Cited 22 Dec 2023]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report php/source=pformated/format1 pho&cat id=1ed90b32310b503b7ca9b32a-f425ae5&id=erdbfc8b472535386-34623ce99f-0f4b&d
3. มนต์ชัย สันติภาพ. อุบัติการณ์ของภาวะปากมดลูกสั้นในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวอายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์ พ.ศ.2560-2561. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561;8(3):352-59.
4. กรมการแพทย์. แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทยฉบับ พ.ศ.2566. กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. โรงพยาบาลปทุมรัตต์. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขอำเภอปทุมรัตต์. ร้อยเอ็ด; 2566.
6. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). What causes preterm labor and birth? [Internet]. 2024. [Cited 27 Aug 2024]. Available from: https://www.nichd.nih.gov
7. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong K L, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet Child Adolesc Health. 2022; 6(2):106-15.
8. Shapiro-Mendoza C K, Barfield W D, Henderson Z, James A, Howse J L, Iskander J, et al. CDC Grand Rounds: Public Health Strategies to Prevent Preterm Birth. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65(32):826–30.
9. Khashu M, Narayanan M, Bhargava S, Osiovich H. Perinatal outcomes associated with preterm birth at 33 to 36 weeks gestation: A population-based cohort study. Pediatrics. 2009;123(1):109-13.
10. ธีระ ทองสง. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
11. โสภา ผดุงสิทธิโชค. การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี; 2565.
12. ชลทิชา รักษาธรรม. แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง [วิทยานิพนธ์]. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียว; 2561.
13. Lams J D. Preterm labor: a review. Obstet Gynecol. 2003;101(4):709-16.
14. Soukup S M. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. Nursing Clinics of North America. 2000;35(2):301-09.
15. Kleinpell R M. Outcome assessment in advanced practice nursing (4” ed.). New York, NY: Springer Publishing; 2017.
16. Polit D F, Hungler B P. Nursing research: Principles and methods. New York: J. B. Lippincott; 1999.
17. บุบผาชาติ เพ็ญสุข, พัชรินทร์ นาเมืองรักษ์, มัลลิกา นวมเจริญ. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2566;6(2):78-97.
18. หทัยกาญจน์ หวังกูล. การพัฒนารูปแบบการดูแล

อย่างต่อเนื่องสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.

19. มานิตา สิริวิบูลย์ฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2):371-82.
20. ทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์, วิรัชนี สุขวัฒนานนท์, ศศิธร อินทุดม, การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2563;28(2):25-35.
21. ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. สภาการพยาบาล. 2548;20(2):63-74.
22. พัณณ์ชิตา จันทร์สุหร่าย. ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีกลุ่มเสี่ยง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2567;30(1):1-14.
23. ณัฏฐมณฑน์ โกศัย, ฉวี เบาทรวง, กรรณิการ์ กันธะรักษา. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย. พยาบาลสาร. 2554;38(3):30-41.