

การพัฒนาแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด

Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women with Premature Labor

พรจิต จันทโทปาส¹, ศีตรา มยุขโชติ² และ จุฬารัตน์ ห้าวหาญ^{2*}

Pornchit Chuntopas¹, Sitara Mayukhachot² and Chularat Howharn^{2*}

โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์^{2*}

Surin Hospital Surin Province¹, Boromarajonani College of Nursing, Surin^{2*}

(Received: February 24, 2021; Revised: April 29, 2021; Accepted: May 28, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อออกแบบรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบ โดยออกแบบวิธีการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดภายหลังกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 91 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางสถิติกรรม และแบบสอบถามพฤติกรรมการณ์ตนเองที่บ้าน ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ One sample t-test และสถิติ Chi-square ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบไปด้วยการให้การพยาบาลที่ห้องรับใหม่ การพยาบาลที่ห้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่าย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพสามารถใช้รูปแบบการพยาบาลนี้ได้ร้อยละ 100

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการณ์ตนเองที่บ้านในภาพรวมระดับปานกลาง ($M = 3.32, SD = 0.27$) ระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกคลอดร้อยละ 92.31 ใช้เวลาน้อยกว่าค่าเป้าหมายคือ 30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = 8.09, df = 90$) ส่วนระยะเวลาการได้รับยาที่ยังการหดตัวของมดลูกหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา พบว่าร้อยละ 53.85 ใช้เวลามากกว่าค่าเป้าหมาย (15 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($t = 2.15, df = 76$) และพบว่าร้อยละ 90.11 สามารถยืดอายุครรภ์ได้มากกว่า 48 ชั่วโมง ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = 10.07, df = 90$)

รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดระยะเวลาแรกคลอด ช่วยยืดอายุครรภ์ แต่ไม่สามารถลดระยะเวลาในการได้รับยาตามแผนการรักษาได้ เนื่องจากการให้ยาเป็นการทำงานร่วมกันหลายวิชาชีพ ดังนั้นควรมีการพัฒนาแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ

คำสำคัญ: การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การพยาบาล, หญิงตั้งครรภ์, กรอบมิติคุณภาพการบริการ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: howharn@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 099-6169966)

Abstract

The aims of this research and development were to develop a nursing care model for pregnant women with premature labor, following the framework for quality of care for laboring women, and determine the effectiveness of this model. Research process was divided in 3 steps. First step was situation analysis. Second step was to develop a model. A draft of model was sent to five experts, then a pilot study was conducted with 15 pregnant women with premature labor pain. Third and final step was model testing with quasi experimental design. Sample were 91 pregnant women with premature labor pain. Research instrument was a nursing care model for pregnant women with premature labor following the framework for quality of care for laboring women. Data were collected by using demographic sheet, labor and delivery information sheet, and self-care behaviors questionnaire for which Cronbach's alpha coefficient was 0.77. Data were analyzed by descriptive statistic, one sample t-test and chi-square test.

New nursing care model for pregnant women with premature labor pain consisted in nursing care and nursing procedure at the room for check-in, the room for nursing care and follow up after discharge. Nurses used this model at 100%.

Results showed as following. Self-care behaviors mean score were at moderate level ($M = 3.32$, $SD = 0.27$). Medical diagnosis duration at check-in were less statistically significant than the target at $p < .001$ ($t = 8.09$, $df = 90$). Duration for receiving medicine were more statistically significant than the target at $p < .05$ ($t = 2.15$, $df = 76$). Regarding to the extended date of pregnancy was found to be more statistically significant than the target at $p < .001$ ($t = 10.07$, $df = 90$).

In summary, this model is effective in shortening the time for check-in and in extending the length of pregnancy. However, time for medical treatment is still long. Therefore, the development of this model should be done in collaboration with inter-professional practitioners.

Keywords: Premature Labor Pain, Nursing Care, Pregnant Women, Framework of Services

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 24^{0/7} สัปดาห์ ถึง 36^{6/7} สัปดาห์ (Maternal and Child Health Board 2013-2015, 2015) ส่วนการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง การเจ็บครรภ์คลอดที่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการบางตัวลง และ/หรือการขยายตัวของปากมดลูก (Maternal and Child Health Board 2013-2015, 2015) การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นเหตุให้ทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งทำให้ทารกเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้ (Sangin, 2014) การเจ็บป่วยของทารกยังส่งผลกระทบต่อมารดาและครอบครัว เช่น การสร้างความวิตกกังวล รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ดังนั้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญประการหนึ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดย Senthiri, Srisong, Pomprakai, & Permchart (2016) และการศึกษาของ Maneechot, & Nangkala (2017) ที่มีการวิจัยที่คล้ายคลึงกันในการพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพแรกเริ่ม การดูแลที่ห้องคลอด จนวางแผนจำหน่าย ทั้งนี้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นจะแตกต่างจากรูปแบบ

ที่พัฒนาโดย Leenhapongsatron, & Juntatip (2016) ที่ใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของ Leenhapongsatron, & Juntatip (2016) ก็ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Senthiri, Srisong, Pomprakai, & Permchart (2016) และ Maneechot & Nangkala (2017) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบนี้มีอายุครรภ์เมื่อคลอดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอัตราการกลับมารักษาซ้ำไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Waichompu & Kongchauly (2015) ที่พบว่า การวางแผนจำหน่ายอย่างมีแบบแผนจะช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้นอกจากนั้นงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Yusamran, Kongjira, Sirisomboon, Phimon & Chalernchockcharoenkit, 2007) ส่วน Chojjorhorm, Serisathien, Ratinthorn, & Kovavisarach (2009) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยเน้นการจัดการปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคลและชุมชนนั้นสามารถเพิ่มการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ แต่อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดนั้นพบว่าอยู่ในช่วงครบกกำหนดทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โรงพยาบาลสุรินทร์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีผู้มาคลอดเฉลี่ย 4,500-5,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้มีหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 6.74 - 8.43 การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม ซึ่งส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน และเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด (Medical Record Department Surin Hospital, 2020) รวมทั้งส่งผลกระทบยาวต่อพัฒนาการของเด็ก และเมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า แนวปฏิบัติของห้องคลอดโรงพยาบาลสุรินทร์ยังไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ การดูแลอย่างต่อเนื่องที่ครอบคลุมไปถึงภายหลังจำหน่าย จากการมีแนวทางการปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดการตัดสินใจทางการแพทย์ที่หลากหลายและนำไปสู่วิธีปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกัน ส่งต่อผลลัพธ์ของการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งพบว่า มีผลการยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จเพิ่มขึ้นทุกปีจากร้อยละ 28.25 ในปี พ.ศ.2559 เป็นร้อยละ 36.19 ในปี พ.ศ.2562 มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 10.40-11.63 นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกเริ่มใช้เวลามากกว่า 30 นาที ส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา และไม่สามารถยืดอายุครรภ์ได้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้นใหม่

จากสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้กล่าวมาข้างต้น ร่วมกับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ตรวจประเมินคุณภาพการพยาบาล การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในครั้งนี้ พัฒนาโดยใช้กรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอดของ Bureau of Nursing Office of Permanent Secretary (2011) ที่ประกอบไปด้วย 1) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วนเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล 2) การจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนนั้น 3) การดูแลความปลอดภัย 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล 5) การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งการช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต 6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว และ 7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ โดยคาดหวังว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จะช่วยหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์ให้กลับไปดูแลที่บ้านมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ทำให้ยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด โดยยืดอายุครรภ์จนใกล้ครบกำหนด

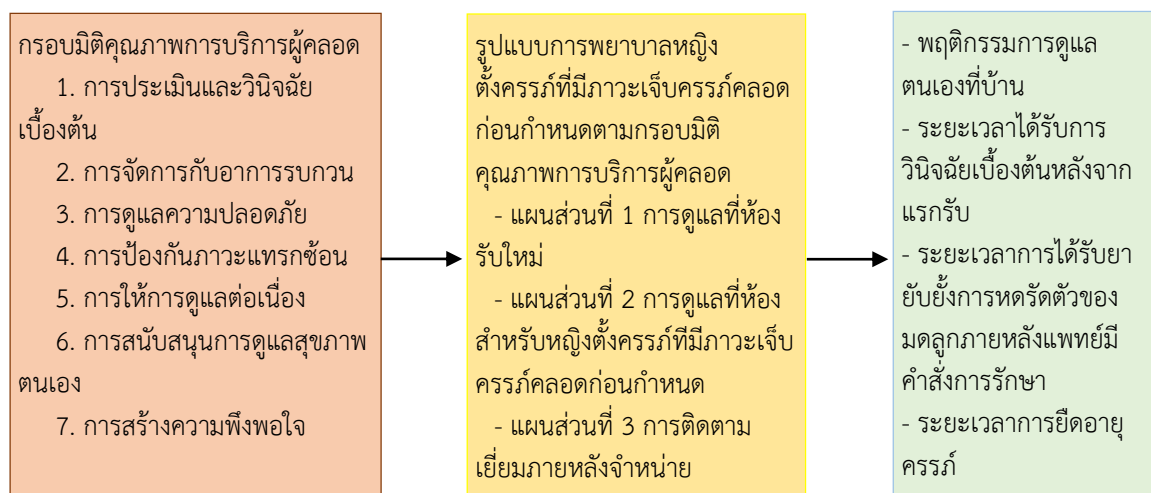
หรือครบกำหนด ส่งผลให้การกลับมารักษาซ้ำลดลง ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์ลด ระยะเวลาอนโรพยาบาลซึ่งทำให้ลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้รับบริการและโรงพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติ กระบวนการตามคุณภาพการบริการผู้คลอด
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกเริ่ม ระยะเวลาการได้รับยาที่ยับยั้ง การหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา ระยะเวลาการยืดอายุครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนี้พัฒนาขึ้นตามกรอบมิติ คุณภาพการบริการผู้คลอดที่กำหนดหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพไว้ 7 ประการ คือ 1) การประเมิน ผู้ป่วยและผู้ให้บริการซึ่งรวมถึงการรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแล 2) การจัดการกับอาการ รบกวนต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 3) การดูแลความปลอดภัย ซึ่งรวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การจัดการดูแลอุปกรณ์ที่จำเป็นให้เพียงพอ และการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล 5) การดูแลต่อเนื่อง 6) การสนับสนุนการ ดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งรวมทั้งการให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเอง และ 7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ (Bureau of Nursing Office of Permanent Secretary, 2011) นำสู่การพัฒนา รูปแบบที่ประกอบไปด้วยแผนการดูแล 3 ส่วน โดยผลลัพธ์ที่ต้องการคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกเริ่ม ระยะเวลาการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายหลัง แพทย์มีคำสั่งการรักษา ระยะเวลาการยืดอายุครรภ์ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา ประกอบไปด้วยการศึกษา 3 ระยะ ดังรายละเอียด
ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาซึ่งประกอบไปด้วยการศึกษา
ดังต่อไปนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้นที่ประกอบไปด้วย Literature from Pubmed (MEDLINE), Google Scholar, Cochrane database, and Grey Publication กำหนดว่าเป็นผลงานที่เผยแพร่ระหว่าง พ.ศ. 2553 - 2562

2. ศึกษาข้อมูลย้อนหลังของโรงพยาบาลสุรินทร์ และการวิเคราะห์เอกสารแนวปฏิบัติที่ประกาศใช้

3. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง จากข้อมูลพบว่าโรงพยาบาลสุรินทร์เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่มีหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 6.74 - 8.43 มีผลการยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จเพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 28.25 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 36.19 ในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 10.40-11.63 จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องพบว่า แนวปฏิบัติของห้องคลอดโรงพยาบาลสุรินทร์ที่มีข้ออยู่ยังไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการที่มีเพียงครั้งเดียวเมื่อแรกเริ่ม มีการรายงานข้อมูลเมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับการดูแลที่ห้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้การพยาบาลที่ไม่จำเพาะเจาะจงผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องพบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีอยู่มีความหลากหลายในการปฏิบัติ ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลและควรพัฒนาให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากการตรวจเยี่ยมทางการพยาบาลคือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลควรสอดคล้องกับกรอบมิติกระบวนการคุณภาพการบริการผู้คลอด ในระยะที่ 1 ใช้เวลาในการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563

ระยะที่ 2 การออกแบบรูปแบบ

1. นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่หลากหลาย แต่ยังไม่พบว่ามีงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีความสอดคล้องกับกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอดทั้ง 7 ประการ (Bureau of Nursing, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2011) จึงนำมาออกแบบรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รูปแบบดังกล่าวประกอบไปด้วย แผนการพยาบาล 3 ส่วน โดยแผนส่วนที่ 1 ใช้กรอบมิติคุณภาพข้อที่ 1 คือการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วนเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล นำมาออกแบบการประเมินใน 2 ระยะ คือ ระยะแรกเริ่มที่ห้องรับใหม่ และที่ห้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนส่วนที่ 2 การดูแลที่ห้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ใช้กรอบมิติคุณภาพข้อที่ 2-7 ซึ่งประกอบไปด้วยข้อที่ 2 การจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบไปด้วย 2 ประเด็นหลัก คือ การประเมินความปวด และการประเมินสุขภาพจิต 3) การดูแลความปลอดภัย ประกอบไปด้วยความปลอดภัยจากการให้ยา และการป้องกันการพลัดตกหกล้ม 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล ประกอบไปด้วยการพยาบาลในกรณีที่มีน้ำเดิน และมีอาการตกเลือดก่อนคลอด 5) การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินการหดตัวของมดลูก การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ 6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว โดยการปฐมภูมิเทศ การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว การให้ความรู้แก่สามี/ญาติ/สมาชิกในครอบครัวในการช่วยดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ โดยการแจ้งชื่อผู้ให้บริการทางสุขภาพ และการสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในทุกเวที และแผนส่วนที่ 3 เป็นการติดตามทางโทรศัพท์เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการจำหน่ายให้ไปพักรักษาตัวที่บ้าน การพัฒนาแนวปฏิบัตินี้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการดูแลเหมือนกันทุกคน จากข้อมูลในระยะที่ 1

ได้กำหนดผลลัพธ์ของรูปแบบไว้ดังนี้ 1) ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกเริ่ม โดยกำหนดเป้าหมายไว้ที่ 30 นาที 2) ระยะเวลาการได้รับยาบัยการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา โดยกำหนดเป้าหมายไว้ที่ 15 นาที 3) ระยะเวลาการยืดอายุครรภ์ โดยกำหนดเป้าหมายไว้ที่ไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง (2 วัน)

2. หลังจากได้ร่างรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว มีการประเมินคุณภาพของการพัฒนาโดยแบบประเมิน AGREEII ฉบับภาษาไทย (AGREE Next Steps Consortium, 2009) ประกอบไปด้วยการประเมิน 6 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (จำนวน 3 ข้อ) หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จำนวน 4 ข้อ) หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ (จำนวน 7 ข้อ) หมวดที่ 4 ความชัดเจนของการนำเสนอ (จำนวน 3 ข้อ) หมวดที่ 5 การนำไปใช้ (จำนวน 4 ข้อ) และ หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของทีมจัดทำ (จำนวน 2 ข้อ) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติกรรม 2 ท่าน และพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสูติกรรม 2 ท่าน กำหนดให้คะแนนเป็น 7 ระดับ คือ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) ถึง 7 (เห็นด้วยอย่างมาก) ทำการคำนวณคะแนนดังต่อไปนี้

ระดับคะแนนของหมวดคือ $\frac{\text{คะแนนที่ได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}$

โดยที่แต่ละหมวดได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

3. หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Pilot Study) โดยมีการประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพทุกคนในห้องคลอด ก่อนเริ่มทดลองใช้ ผลการทดลองใช้ใน 1 เดือน กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย พบว่ามีกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องเพิ่มเติมคือการให้ความรู้เพื่อสังเกตและบันทึกการดิ้นของทารกในครรภ์

ระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เนื่องจากรูปแบบถูกพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการทดลองใช้ในเบื้องต้น การศึกษาผลลัพธ์จึงกำหนดเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดครั้งเดียว (One Group Posttest Only) ใช้ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2563 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 โดยมีวิธีการศึกษาดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยใน พ.ศ.2562 มีจำนวนทั้งสิ้น 496 ราย

กำหนดคุณสมบัติการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ไว้ดังนี้ 1) อายุครรภ์ระหว่าง 24 สัปดาห์ ถึง 36⁺⁶ สัปดาห์ 2) ตั้งครรภ์เดี่ยว 3) ตรวจพบอาการดังนี้ 3.1 มีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอมากกว่า 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 60 นาที 3.2 มีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร และ 3.3 มีความบางของปากมดลูกมากกว่าร้อยละ 80

กำหนดคุณสมบัติการคัดออก (Exclusion Criteria) ไว้ดังนี้ 1) ตั้งครรภ์แฝด 2) มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมอื่น ๆ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Test Family คือ χ^2 Tests Statistical คือ Goodness-of-Fit-Tests: Contingency tables กำหนดการทดสอบแบบ two-tail ใช้ผลการศึกษากิจการวิจัยของ Leenhapongsatton, & Juntatip (2016) วิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ได้เท่ากับ 0.32 และอำนาจในการทดสอบ (Power) ได้เท่ากับ 0.80 ค่า df = 2 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 95 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ประกอบไปด้วย 1) การพยาบาลที่ห้องรับใหม่ 2) การพยาบาลที่ห้องสำหรับผู้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ประกอบไปด้วย การประเมินและวินิจฉัยเบื้องต้น การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ การดูแลความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้การดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสร้างความพึงพอใจแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 3) การติดตามเยี่ยมภายหลังการจำหน่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านสถิติของหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่างแบบสั้น ๆ ประกอบไปด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน ข้อมูลการตั้งครรภ์ ข้อมูลการฝากครรภ์

2.2 แบบบันทึกผลลัพธ์ของรูปแบบ ประกอบไปด้วย ระยะเวลาที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกเริ่ม ระยะเวลาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา ระยะเวลาของการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วันที่คลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่บ้าน โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลซึ่ง Vibulwong (2000) ได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและจากรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในปี พ.ศ. 2543 และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านมารดาและทารกแรกเกิด 3 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมในการใช้ภาษา และการจัดลำดับเนื้อหาและหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient Alpha or Cronbach's Alpha) ในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 15 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .84 และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งฉบับไปหาความเชื่อมั่นใหม่ โดยการนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient Alpha or Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน คือ การพักผ่อนและการทำกิจกรรม 12 ข้อ การรับประทานอาหารและยา 9 ข้อ การมาตรวจตามนัด 3 ข้อ และการสังเกตอาการผิดปกติ 4 ข้อ ลักษณะของข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) แบ่งได้ 4 ระดับ จากปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ให้ 4 คะแนน ถึง ไม่ปฏิบัติเลยหรือปฏิบัติเพียง 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับค่าเฉลี่ยของ Srisaard (1994) ในกรณีที่แบบประเมินมีน้อยกว่า 5 ระดับ โดยแบ่งค่าเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่บ้าน เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

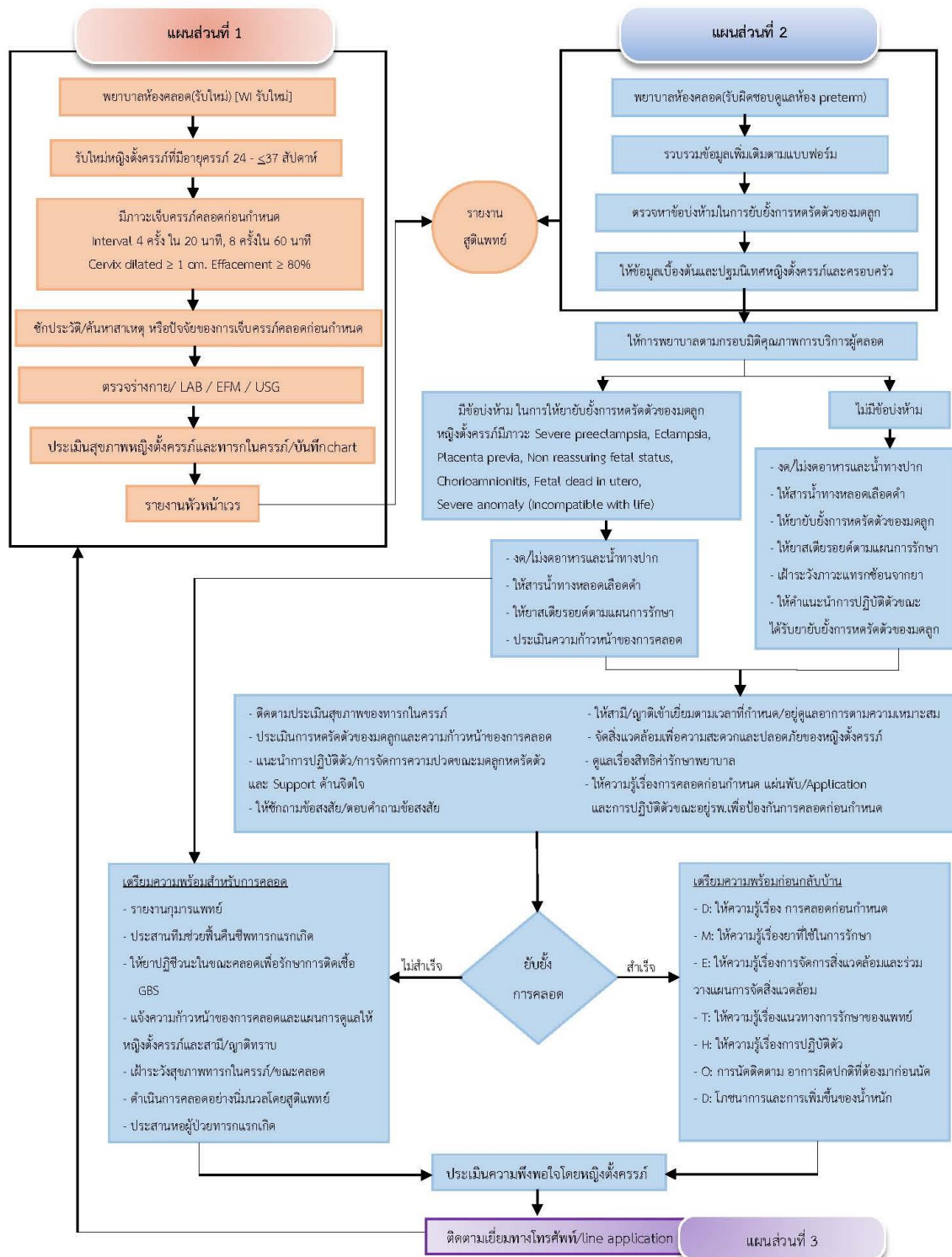
การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามที่กำหนดมาที่แผนกห้องคลอด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากแม่และประวัติคนไข้

ขั้นตอน

กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่กำหนดไว้ จนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเตรียมจำหน่ายกลับบ้านด้วยวิธีการ D-METHOD (แผนส่วนที่ 1 และ 2)



ภาพ 2 รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ชั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติ และขออนุญาตติดตามทางโทรศัพท์หรือทางไลน์ (แผนส่วนที่ 3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตลอดผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และขออนุญาตบันทึกข้อมูลอายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีการคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อตรวจสอบข้อมูลพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 ราย (ร้อยละ 95.79) ที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ กำหนดการทดสอบแบบสองทาง (Two Way Testing) และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลด้านระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกรับ (Test Value = 30) ระยะเวลาการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา (Test Value = 15) ระยะเวลาการยืดอายุครรภ์ (Test Value = 48 ชั่วโมง หรือ 2 วัน) กับเป้าหมายที่กำหนด โดยใช้สถิติ One sample t-test ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลอยู่ในระดับอันตรภาคชั้น จากค่า Skewness ($p=.27$) และ Kurtosis ($p=.57$) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ
3. เปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่คลอดก่อนกำหนด กับ คลอดครบกำหนด โดยเปรียบเทียบจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นภายใน 30 นาทีหลังจากแรกรับ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายใน 15 นาทีภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยืดอายุครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง โดยใช้สถิติ Chi-Square ทั้งนี้มีความคาดหวังในบางแถว (Row) และสดมภ์ (Cell) ไม่ถึงร้อยละ 20 จึงใช้สถิติ Fisher's Exact Test

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสุรินทร์ (เลขที่ 19/2563 ลงวันที่ 8 พฤษภาคม 2563)

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิตีกระบวนการตามคุณภาพการบริการผู้คลอด

รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบไปด้วย การประเมินและวินิจฉัยเบื้องต้น การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ การดูแลความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้การดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสร้างความพึงพอใจแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยแบ่งการดูแลเป็นสามระยะ ได้แก่ 1) ระยะรับใหม่ที่ห้องรับใหม่ มีกิจกรรมหลักคือ การซักประวัติเพื่อค้นหาสาเหตุ/ปัจจัยของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตรวจร่างกาย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ บันทึกข้อมูล และรายงานหัวหน้าเวร และ 2) ระยะการดูแลตามแผนการรักษาที่ห้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ประกอบไปด้วย 1) ประเมินปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ ได้แก่ การจัดการกับอาการปวด ความวิตกกังวล 3) การดูแลความปลอดภัย ได้แก่ การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล ได้แก่ การตกเลือดก่อนคลอด 5) การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การเจ็บครรภ์คลอด การเดินของทารกในครรภ์ การเตรียมจำหน่ายตามหลัก D-METHOD 6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และครอบครัว คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้แก่การให้ข้อมูลแก่ญาติในการช่วยดูแล และ 7) การ

สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การปฐมพยาบาล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับรักษาพยาบาล และ 3) การติดตามเยี่ยมภายหลังการจำหน่าย ซึ่งผลการใช้รูปแบบนี้พบว่าสามารถให้การพยาบาลได้ตามรูปแบบที่กำหนดได้ ร้อยละ 100 ไม่มีกิจกรรมการพยาบาลนอกเหนือจากที่ระบุไว้

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติกระบวนการตามคุณภาพการบริการผู้คลอด สามารถนำเสนอได้ดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
16-19 ปี	15	16.48
20-34 ปี	59	64.84
35 ปี ขึ้นไป	17	18.68
$M = 26.99, SD = 6.89, Min-Max = 16-41$		
ศาสนา		
พุทธ	87	95.60
คริสต์	4	4.40
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	6.59
มัธยมศึกษา	54	59.34
อนุปริญญา	2	2.20
ปริญญาตรี	21	23.08
ปริญญาโท	8	8.79
อาชีพ		
ลูกจ้าง	19	20.88
แม่บ้าน	18	19.78
ค้าขาย	15	16.48
รับราชการ	10	10.99
รับจ้าง	10	10.99
เกษตรกร	4	4.40
ว่างงาน	15	16.48
สถานภาพสมรส		
แต่งงาน	85	93.41
หม้าย/หย่า/แยก	6	6.59
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	44	48.35
ครรภ์หลัง	47	51.65
สถานที่ฝากครรภ์		
โรงพยาบาลสุรินทร์	56	61.54
ที่อื่น	35	38.46
วิธีการคลอด		
คลอดทางช่องคลอด	48	52.75
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	43	47.25

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุครรภ์เมื่อคลอด		
ก่อนกำหนด	37	40.66
ครบกำหนด	54	59.34
น้ำหนักทารกเมื่อแรกคลอด		
น้อยกว่า 2,500 กรัม	25	27.47
2,500-3,999 กรัม	66	72.53
$M = 2,683.22, SD = 587.49, Min-Max = 1.140-3,970$		

จากตาราง 1 พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 คน เข้าร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 16-41 ปี อายุเฉลี่ย = 26.99 ปี ($SD = 6.89$) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.60) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 59.34) อาชีพลูกจ้าง (ร้อยละ 20.88) แต่งงาน (ร้อยละ 93.41) ครรภ์หลัง (ร้อยละ 51.65) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสุรินทร์ (ร้อยละ 61.54) คลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 52.75) คลอดครบกำหนด (ร้อยละ 59.34) น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 1,140-3,970 กรัม น้ำหนักเฉลี่ย = 2,683.22 ($SD = 587.49$)

2.2 ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาล

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาล

ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้าน		
ระดับดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51-4.50)	26	28.57
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51-3.50)	65	71.43
$M = 3.32, SD = 0.27, Min-Max = 2.61-3.82$		
ระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกเริ่ม		
น้อยกว่าเท่ากับ 30 นาที	84	92.31
มากกว่า 30 นาที	7	7.69
$M = 20.85, SD = 10.78, Median = 20.00 Min-Max = 3-48$		
ระยะเวลาการได้รับยาต้านการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา		
น้อยกว่าเท่ากับ 15 นาที	42	46.15
มากกว่า 15 นาที	49	53.85
$M = 18.10, SD = 12.67, Median = 15.00, Min-Max = \text{ได้รับยาทันที}-130 \text{ นาที}$		
ระยะเวลาของการยืดอายุครรภ์		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมง (2 วัน)	9	9.89
มากกว่า 48 ชั่วโมง (2 วัน)	82	90.11
$M = 26.99 \text{ วัน}, SD = 6.89 \text{ วัน}, Median = 24 \text{ วัน } Min-Max = 16-41 \text{ วัน}$		

จากตาราง 2 ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามกรอบมิติกระบวนการตามคุณภาพการบริการผู้คลอด ด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้านพบว่าโดยภาพรวม มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ($M = 3.32, SD = 0.27$) ด้านระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกเริ่มพบว่าร้อยละ 92.31 ใช้ระยะเวลาน้อยกว่า 30 นาที โดยมีค่ากลางที่ 20 นาที ซึ่งพบว่าน้อยกว่าค่าเป้าหมายคือ 30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = 8.09, df = 90$) ส่วนระยะเวลาของการได้รับยาต้านการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งรักษานั้นพบว่าร้อยละ 53.85 ใช้เวลามากกว่า 15 นาที

โดยมีค่ากลางที่ 15 นาที และค่าเฉลี่ย 18.10 นาที ซึ่งใช้ระยะเวลามากกว่าค่าเป้าหมายคือ 15 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($t = 2.15$, $df = 76$) ในส่วนของการยืดอายุครรภ์นั้นพบว่าร้อยละ 90.11 สามารถยืดอายุครรภ์ได้มากกว่า 48 ชั่วโมง ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = 10.07$, $df = 90$)

เมื่อทำการเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่คลอดก่อนกำหนด กับ คลอดครบกำหนดพบว่า สัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นภายใน 30 นาทีหลังจากแรกพบระหว่างกลุ่มคลอดครบกำหนดกับกลุ่มคลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัดส่วนของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้รับยาขับยั้งการหดตัวของมดลูกภายใน 15 นาทีภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา ระหว่างกลุ่มคลอดครบกำหนดกับกลุ่มคลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสัดส่วนจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยืดอายุครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มคลอดครบกำหนดกับกลุ่มคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการคลอดและผลลัพธ์ของรูปแบบ

ผลลัพธ์ของรูปแบบ	คลอดครบกำหนด	คลอดก่อนกำหนด	χ^2	p-value
พฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้าน				
ระดับดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51-4.50)	15 (57.69%)	11 (42.31%)	.04	.51
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50)	39 (60.00%)	26 (40.00%)		
ระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกพบ				
น้อยกว่าเท่ากับ 30 นาที	51 (60.71%)	33 (39.29%)	0.85	.44*
มากกว่า 30 นาที	3 (42.86%)	4 (57.14%)		
ระยะเวลาการได้รับยาขับยั้งการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา				
น้อยกว่าเท่ากับ 15 นาที	22 (52.38%)	20 (47.62%)	1.57	.15
มากกว่า 15 นาที	32 (65.31%)	17 (34.69%)		
ระยะเวลาของการยืดอายุครรภ์				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมง (2 วัน)	2 (22.22%)	7 (77.78%)	5.70	.03*
มากกว่า 48 ชั่วโมง (2 วัน)	52 (63.41%)	30 (36.59%)		

*Fisher's Exact Test

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่าร้อยละ 71.43 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้านภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Yusamran, Kongjira, Sirisomboon, Phimon & Chalernchockcharoenkit (2007) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด มีการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล (Family Center Care) โดยการอนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวเข้าเยี่ยมที่ห้องสำหรับผู้คลอดก่อนกำหนด การให้ข้อมูลความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การให้ความรู้กับญาติช่วยเพิ่มการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ (Chojjorhorm, Serisathien, Ratinthorn, & Kovavisarach, 2019) นอกจากนั้นการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองโดยแจกทั้งคู่มือและให้ดาวน์โหลด Application ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีแหล่งความรู้ที่พร้อมใช้ตลอดเวลา สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ช่วยยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ได้ (Waichompou & Kongchaui (2015) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประมาณสองในสามมีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ และประมาณสองในห้าจบการศึกษาสูงกว่า

มัธยมศึกษาทำให้ค่อนข้างมีความพร้อมต่อการเรียนรู้ และนำความรู้ไปปฏิบัติตัว นอกจากนั้นครั้งหนึ่งเป็นครรภ์หลังซึ่งมีประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดมาแล้ว ทำให้มีความรู้ในการดูแลตนเองในระดับหนึ่ง ส่งผลให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านในระดับปานกลาง

ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด ด้านระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกพบว่ามีร้อยละ 92.31 ใช้ระยะเวลาน้อยกว่า 30 นาที โดยมีค่ากลางที่ 20 นาที ซึ่งพบน้อยกว่าค่าเป้าหมายคือ 30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Buranabenjasathian (2017) ที่พบว่า การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามมาตรฐานการดูแลที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มอัตราความครอบคลุมและถูกต้องของการคัดกรองที่แผนกรคลอดได้ และผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Leenhapongsatron & Juntatip (2016) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.10 ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นภายใน 30 นาทีหลังจากแรกพบ ซึ่งส่งผลต่อระยะเวลาการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษานั้น โดยพบว่าร้อยละ 53.85 ใช้เวลามากกว่า 15 นาที (ค่าเฉลี่ย = 18.10 นาที) ซึ่งใช้ระยะเวลามากกว่าค่าเป้าหมายคือ 15 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Leenhapongsatron & Juntatip (2016) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.90 ได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายใน 15 นาทีภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา การศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มที่ใช้เวลามากกว่าเป้าหมายเป็นกลุ่มที่ส่งต่อจากแผนกฝากครรภ์ และส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย ทำให้กลุ่มตัวอย่างในส่วนนี้ใช้เวลาในการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษาโดยเฉลี่ยมากกว่า 15 นาทีซึ่งอาจเกิดจากปัญหาการตั้งเกณฑ์ระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกพบของรูปแบบการพยาบาลใหม่ที่พัฒนาขึ้น เนื่องจากการดูแลรักษาพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้น ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะทีมแพทย์ ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญในการสั่งการรักษา ซึ่งทีมแพทย์นั้นประกอบด้วย สูติแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์เพิ่มพูนทักษะ นิสิตแพทย์ ซึ่งแพทย์ที่ทำหน้าที่ในการสั่งการรักษาเบื้องต้นนั้น ต้องมีการตรวจอาการและอาการแสดง การตรวจพิเศษเพิ่มเติม เช่น การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring) เพื่อให้การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วนเพื่อให้ได้ข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล เพื่อจะสั่งการรักษาเหมาะสม กระบวนการเหล่านี้ใช้ระยะเวลานานกว่าจะได้ข้อสรุปจากสูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเริ่มกระบวนการให้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา รวมทั้งในห้องคลอดอาจมีหญิงตั้งครรภ์หรือผู้คลอดที่มีภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลก่อน เช่น ตกเลือด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอาจล่าช้าออกไป

ผลการศึกษานี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 90.11 สามารถยืดอายุครรภ์ได้มากกว่า 48 ชั่วโมง ซึ่งมากกว่าการศึกษาของ Maneechot & Nangkala (2017) ซึ่งพบเพียงร้อยละ 70.0 ที่สามารถยืดอายุครรภ์ได้มากกว่า 48 ชั่วโมง และมากกว่าการศึกษาของ Leenhapongsatron & Juntatip (2016) ซึ่งพบว่าสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นผลสำเร็จมากกว่า 48 ชั่วโมงที่ร้อยละ 89.80 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Senthiri, Srisong, Pomprakai, & Permchart (2016) และการศึกษาของ Raksatham, Kaiphon & Khungtumneam (2018) ที่พบว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ได้มากกว่า 48 ชั่วโมง นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังพบว่าสัดส่วนจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยืดอายุครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มคลอดครบกำหนดกับกลุ่มคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นที่ใช้ตามกรอบมิติกระบวนการตามคุณภาพการบริการผู้คลอดที่มีการพยาบาลที่ครอบคลุมปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การจัดการกับความวิตกกังวล การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเร่งการตั้งครรภ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การเจ็บครรภ์

คลอด การเดินของทารกในครรภ์ และการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จึงทำให้สามารถยืดอายุครรภ์ได้จนไปคลอดได้ในช่วงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์มากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้พัฒนาในการศึกษาค้นคว้านี้ ได้พัฒนาตามกรอบมิติกระบวนการตามคุณภาพการบริการผู้คลอดที่มีความชัดเจนในการประเมินปัญหาและความต้องการทั้งในหอรับใหม่และห้องสำหรับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอด มีการจัดการกับอาการรบกวนโดยมีการประเมินสุขภาพกายและสุขภาพจิตทุกวัน ส่งผลให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้รูปแบบการพยาบาลนี้มีประสิทธิภาพในการลดระยะเวลาการรับใหม่ ช่วยยืดอายุครรภ์ได้ ดังนั้นควรมีการประกาศใช้รูปแบบการพยาบาลนี้ให้เป็นแนวปฏิบัติในโรงพยาบาล พร้อมมีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับกลุ่มอื่นต่อไป เช่น การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังไม่สามารถลดระยะเวลาในการได้รับยาตามแผนการรักษาซึ่งกิจกรรมในขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมที่ทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ รวมทั้งมีกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสุรินทร์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ดังนั้นควรออกแบบรูปแบบการพยาบาลให้ครอบคลุมกับกลุ่มผู้รับบริการในลักษณะเช่นนี้และควรเป็นรูปแบบการทำงานแบบสหวิชาชีพ รวมทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องต้องครอบคลุมการส่งต่อกลับไปยังโรงพยาบาลต้นทาง รวมทั้งการติดตามที่ต้องครอบคลุมการติดตามกับสถานบริการด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นควรมีการเพิ่มการศึกษาตัวแปรแทรกซ้อน เช่น ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อพบว่าการตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงและหรือภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้การดูแลผู้รับบริการด้านสุขภาพไม่ใช่เพียงแคพยาบาลเป็นผู้ดูแลแต่มีสาขาวิชาชีพอื่นร่วมด้วย ดังนั้นควรพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดให้เป็นในลักษณะการทำงานแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Practice) และเพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานและระหว่างสถานบริการในเครือข่าย

References

- AGREE Next Steps Consortium. (2009). *The AGREE II Instrument [Electronic version]*. Retrieved May 1, 2020, from <http://www.agreetrust.org>.
- Buranabenasathian, S. (2017). Effective of Preterm Labour Care Process in Mae Chan Hospital. *Chiangrai Medical Journal*, 9(2), 41-52. (in Thai).
- Bureau of Nursing, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2011). *Nursing Quality Assurance: Quality Assurance of Maternity Nursing Care*. Bangkok. Samchareon Phanich (Bangkok) Co., LTD. (in Thai).
- Chojjorhorm, R., Serisathien, Y., Ratinthorn, A., & Kovavisarach, E. (2019). The Effects of Nursing Therapeutics on Preventive Management of Preterm Labour, Readmission and Gestational Age at Birth in Pregnant Women with Preterm Labor. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 39-48. (in Thai).

- Leenhapongsatron, W., & Juntatip, P. (2016). Development of Nursing Practice Guideline for Pregnant Women with Preterm Labour by Evidence Practice in Labour Room at Kingnarai Hospital. *Journal of Nursing Division*, 43(3Suppl), 46-62. (in Thai).
- Maneechot, K., & Nangkala, N. (2017). The Development of Care Model for Pregnant in Labor Pain with Preterm Labor at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. *Journal of Nursing Division*, 44(2): 7-25. (in Thai).
- Maternal and Child Health Board 2013-2015. (2015). *RTCOG Clinical Practice Guideline: The Management of Preterm Labour and Preterm Premature Rupture of Membranes*. Retrieved April 04, 2020 from http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2017/04/OB_014.pdf. (in Thai).
- Medical Record Department Surin Hospital. (2020). *Annually Report of Labor Unit Surin Hospital*. (in Thai).
- Raksatham, C., Kaiphol, T., & Khungtumneam, K. (2018). The Practiced Guideline for Continuing Care of Pregnant Women with Preterm Labor. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(Supp.), 348-356. (in Thai).
- Sangin, S. (2014). Nursing Care of a Mother Experiencing Preterm Labor. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 22(1), 27-38. (in Thai).
- Senthiri, P., Srisong, S., Pomprakai, R., & Permchat, M. (2016). Development of the Nursing Model for Pregnant Women to Prevent Preterm Labour. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(2), 164-173. (in Thai).
- Srisaard, B. (1994). Interpretation of Estimation Scale Data Collecting Tool. *Journal of Educational Measurement Mahasarakham University*, 2(1), 64-70. (in Thai).
- Vibulwong, P. (2000). *The Effect of Supporting Care on The Compliance of Pregnant Women with Pregnancy Induced Hypertension*. A Thesis Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for the Master degree of Maternal and Child Nursing Faculty of Nursing, Mahidol University. (in Thai).
- Waichompu, N. & Kongchaay, A. (2015). Development of a Discharge Planning Model for Pregnant Women with Preterm Labor Pain. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 2(3), 114-128. (in Thai).
- Yusamran, C., Kongjira, A., Sirisomboon, R., Phimon, K., & Chalernchockcharoenkit, A. (2007). Social Support Knowledge and Self-care Ability among Pregnant Women with Premature Labour Pain. *Thai Journal of Nursing Council*, 22(1), 60 - 71. (in Thai).