



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
อย่างต่อเนื่อง

THE PRACTICED GUIDELINE FOR CONTINUING CARE OF
PREGNANT WOMEN WITH PRETERM LABOR

ชลธิชา รักษาธรรม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2561

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง
THE PRACTICED GUIDELINE FOR CONTINUING CARE OF PREGNANT WOMEN
WITH PRETERM LABOR

ชลธิชา รักษาธรรม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

ศัทพ์เน อภิวิมล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉวีวรรณ อยู่สำราญ
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

ดร.ทวิศักดิ์ กสิผล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวิศักดิ์ กสิผล
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม์

รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม์
กรรมการ

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ดร.ทวิศักดิ์ กสิผล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวิศักดิ์ กสิผล
กรรมการ

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
กรรมการ

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

อัสยา จันทร์วิทยานุชิต

รองศาสตราจารย์อัสยา จันทร์วิทยานุชิต
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ดร.สายใจ พัวพันธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

ชลธิชา รักษาธรรม 576119

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ทวีศักดิ์ กสิผล, ประ.ด. (วิทยาศาสตร์การแพทย์)

กมลทิพย์ขลิงธรรมเนียม, ประ.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและ การใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของชูชีพ สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำการสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติฯ กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ วินิจฉัยมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t test

ผลการศึกษาพบว่า 1) แนวปฏิบัติฯ ที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนประเมินความเสี่ยง ขั้นตอนการพยาบาลในห้องคลอดและวางแผนการจำหน่าย และขั้นตอนติดตามดูแลต่อเนื่อง 2) ผลของการนำใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า 2.1) กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 2.2) กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ มีอัตราการกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 20 และคลอด ร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีอัตราการกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 40 และคลอด ร้อยละ 100 และ 2.3) กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ สามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนด (อายุครรภ์คลอดเฉลี่ย 38 สัปดาห์) แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ (อายุครรภ์คลอดเฉลี่ย 36 สัปดาห์) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การดูแลอย่างต่อเนื่อง

THE PRACTICED GUIDELINE FOR CONTINUING CARE OF PREGNANT WOMEN WITH PRETERM LABOR

CHONTHICHA RAKSATHAM 576119

MASTER OF NURSING SCIENCE (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: TAWEESAK KASIPHOL, Ph.D. (MEDICAL SCIENCE)

KAMONTIP KHUNGTUMNEUM, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This study aims to developed and used practiced guideline for continuing care of pregnant women with preterm labor. The model of evidence base practice of Soukup was practiced guideline for searching related researches. These researches were synthesized in order to develop it. The sample is pregnant women with gestational age from 30 to 36 weeks. There are thirty pregnant women who were diagnosed with preterm labor at Labor Room, in Samutprakan Hospital. Data were analyzed using independent test.

The results of the study revealed that : 1) The practiced guideline for continuing care of pregnant women with preterm labor was composed of three step. The first step was the risk assessment stage. The second step were nursing care in the labor room and discharge plan and the last step was continuous care. 2) The results of try out this guideline can be derided three issues. 2.1) The first issues found that cognitive score of group using the guideline and the group using normal earning of this hospital not statically significant deference. 2.2) The group using the guideline had 20 percent of a recurrence rate and 33.3 percent of delivery. Group was normal earning of this hospital has 40 percent of a recurrence and 100 percent of delivery. 2.3) The group using the guideline had a higher mean gestational age at term delivery (38 weeks.) were statically significant 0.05 than the group using normal earning of this hospital (36 weeks.)

Keywords: Guideline, Preterm of labor, Continuing care

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ดีด้วยความกรุณาเอาใจใส่ดูแลและให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉวีวรรณ อยู่สำราญ ประธานกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพักษณ์ กรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ และตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการทำวิทยานิพนธ์ในทุกขั้นตอน รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เอาใจใส่กับผู้วิจัยอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณาจารย์พิเศษทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ต่าง ๆ แก่ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพักษณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ และอาจารย์แพทย์หญิงศิริพร ประยูรหงส์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการเก็บกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติทุกท่าน

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบุพการี คุณพ่อวิเชียร รักษาธรรม คุณแม่สุพิน รักษาธรรม คุณปู่ทองแฉ้ว รักษาธรรม และนางสาวอำภา เลิศมงคลสมุทร รวมทั้งครอบครัวเลิศมงคลสมุทรทุกท่านที่เป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่ง รวมทั้งเพื่อน ๆ พยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รุ่นที่ 11 ทุกท่าน เพื่อนพยาบาลวิทยาลัยบรมราชชนนี ชลบุรี รุ่นที่ 27 ที่คอยห่วงใยให้กำลังใจอย่างดีเสมอมา นอกจากนี้ยังมีผู้เกี่ยวข้องอีกหลายท่านที่ผู้วิจัยมิได้กล่าว ณ ที่นี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและความปรารถนาดี จึงกราบขอบพระคุณทุกท่านไว้ในโอกาสนี้

ชลธิชา รักษาธรรม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	5
1.4 สมมติฐานการวิจัย	5
1.5 ขอบเขตการวิจัย	5
1.6 คำนิยามศัพท์	5
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	7
2.2 แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อย่างต่อเนื่อง	17
2.3 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง	24
2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	25
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	26
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	27
3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	29
3.4 วิธีดำเนินการวิจัย	30
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	42
3.6 จริยธรรมในการวิจัย	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง	43
4.2 ระยะที่ 2 ศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไปใช้	48
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	53
5.2 อภิปรายผล	56
5.3 ข้อเสนอแนะ	58
บรรณานุกรม	59
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	65
ภาคผนวก ข เอกสารใบรับรองโครงการวิจัย	66
ภาคผนวก ค คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย	67
ภาคผนวก ง หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	68
ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	70
ภาคผนวก ฉ สรุปตารางวิเคราะห์งานวิจัยที่สืบค้น	71
ภาคผนวก ช เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล	97
ประวัติผู้เขียน	110

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
1	ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานค่า 3 ระดับ	28
2	ผลการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	33
3	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์จำแนกตามปี พ.ศ. ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่	34
4	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามวิธีการศึกษา	35
5	แหล่งข้อมูล ชื่อผู้วิจัย ชื่องานวิจัยและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่สืบค้นได้	36
6	วิเคราะห์งานวิจัยที่สืบค้น	39
7	จำนวนและร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้แนว ปฏิบัติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำแนกตามลักษณะทั่วไป (n=30)	48
8	จำนวนและร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำแนกตาม ความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n=30)	50
9	จำนวนและร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำแนกตาม กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำและกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง (n=30)	51
10	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติ (n=30)	52
11	จำนวนและร้อยละของการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำและคลอด (n = 30)	52
12	การเปรียบเทียบอายุครรภ์ที่คลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อย่างต่อเนื่อง (n=30)	52

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	25
2	แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง	47



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor ; PTL) คือ ภาวะที่มดลูกมีการหดตัวที่แรงและถี่เกิดก่อนอายุครรภ์จะครบกำหนดในช่วงอายุครรภ์ 20 (0/7) สัปดาห์ ถึง 36 (6/7) สัปดาห์ (American Collage of Obsticians and Gynaecologists (ACOG). 2012 ; Practice bulletin No.127. 2016) ซึ่งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถือว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข และเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อยในสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. 2012 : Online) พบว่า ในแต่ละปีมีจำนวนทารกคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยสูงถึง 12 ล้านคน สหรัฐอเมริกามีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 1 – 15 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด (Roman and Pernoll. 2007) และจากสถิติประเทศไทยในปี 2549–2551 พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.43 เป็นร้อยละ 12.98 (สายฝน ขวาลไพบุลย์. 2553) ทารกคลอดก่อนกำหนด มีอัตราการตายสูงเป็นอันดับ 1 ของอัตราการตายทั้งหมดในทารก

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า ร้อยละ 25 มีสาเหตุมาจากมารดา และทารก และร้อยละ 75 เกิดขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุ (ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์. 2554 : 109 - 124) การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มีสาเหตุที่ไม่แน่นอน แต่พบมีปัจจัยชักนำบางอย่างที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา แบ่งเป็น 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย อายุ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่ากลุ่มอายุ 20 – 34 ปี ถึง 2.32 เท่า และอายุมากกว่า 35 ปี เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้เช่นกัน (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. 2552) ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษา มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด 4.12 เท่า (95% CI 1.961 – 8.671) ของผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า (ไพโรจน์ ศิตศิริรัตน์. 2549) เศรษฐฐานะทางสังคมไม่ดี มักทำงานหนัก ไม่ใส่ใจการฝากครรภ์ และอาจมีภาวะโภชนาการไม่ดี (Gilbert & Harmon. 1998) นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20 หรือมากกว่า 30 Kg/m² จะมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Hennessy et al. 2010 : 147 – 155) สตรีตั้งครรภ์ที่มีการทำงานหนักมากกว่า 42 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การยืนนานมากกว่าวันละ 6 ชั่วโมง จะเพิ่มความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดได้เช่นกัน (ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์. 2554 : 109-124) 2) ปัจจัยด้านสูติกรรม เช่น สตรีตั้งครรภ์ที่ครรภ์แฝดเคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนมีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม หรือมีการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ซึ่งทำให้เกิดการหลั่งสาร Interleukin 8 และ Interleukin ที่ไปกระตุ้นให้หลั่งสาร Prostaglandin ทำให้เกิดการหดตัวของมดลูก (Goldenberg et al. 2008 อ้างถึงใน วรณัฐ ไชยวาน. 2555) ภาวะซีด รกเกาะต่ำ ความดันโลหิตสูง 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า

สตรีตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 10 มวน หรือการดื่มสุราใช้สารเสพติดจะทำให้ปริมาณเลือดที่จะไปเลี้ยงมดลูกลดน้อยลง ก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้การรับประทานอาหารบางมื้อหรือการปล่อยให้ท้องว่างนานจะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งของสาร Prostaglandin ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการเจ็บครรภ์ได้เช่นกัน (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. 2552) หรือสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเครียดอยู่คนเดียว หย่าร้าง ครอบครัวแตกแยก มีผลกระทบทางด้านจิตใจส่งผลให้เกิดจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (จีรเนาว์ ทศศรี. 2545) และปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ท่าทารกผิดปกติ ทารกพิการ ทารกเจริญเติบโตช้า ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเช่นกัน (สายฝน ขวาลไพบูลย์. 2553)

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ สำหรับสตรีตั้งครรภ์นั้น การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทำให้ต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลานานทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ภาวะก่อนเลือดออกดำในเส้นเลือดดำเป็นต้น (รุ่งตวรรณ ช้อยจ่อหอ และคณะ. 2009 : 39-48) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่า สตรีตั้งครรภ์มักเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ทำให้เกิดภาวะกดดันและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด เช่น ภาวะขาดออกซิเจน โรคในระบบทางเดินหายใจ ลำไส้เน่า เลือดออกในโพรงสมอง และการติดเชื้ออื่น ๆ (World Health Organization. 2005 ; Cited in Gray. 2006 ; Richard et al. 2006) ส่วนทารกที่รอดชีวิต พบว่า พัฒนาการล่าช้า หรือมีความพิการทางระบบประสาทถึงร้อยละ 50 (สายฝน ขวาลไพบูลย์. 2552) ทำให้ทารกแรกเกิดต้องรักษาพยาบาลเป็นเวลานาน เสียเวลาและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในประเทศไทย พบว่า ค่ารักษาพยาบาลของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดเฉลี่ย 175,000 บาท ต่อราย (ธนาธิป โคละทัต. 2551 : 114-120) ส่วนของประเทศต้องใช้งบประมาณดูแลทารกแรกเกิดไม่ต่ำกว่า 5,000 ล้านบาทต่อปี (ณัฐญา เนตรหิน. 2555) และอีกปัญหาของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พบ คือ การกลับมารักษาซ้ำ จากรายงานของหน่วยเวชสถิติ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ของโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า มีการกลับมารักษาซ้ำของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในปี พ.ศ. 2545 – 2547 ถึงร้อยละ 61.7, 73.7 และ 62.2 ตามลำดับ (รุ่งตวรรณ ช้อยจ่อหอ และคณะ. 2009 : 39-48)

การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบ่งได้ 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ระดับปฐมภูมิ มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือวางแผนการดูแลทั้งของสตรีตั้งครรภ์ ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์เพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงถึงจะลดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (ถนิมนันท์ ปันล้อม. 2551) ส่วนระดับทุติยภูมิ จะมุ่งเน้นที่การรักษาหรือลดความเสี่ยงในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

อาจป้องกันการแท้งหรือลดความเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน และการเย็บปากมดลูกในรายที่ปากมดลูกมีความผิดปกติ ระดับตติยภูมิ คือ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหดตัวของมดลูกและมีการเปิดของปากมดลูกเพิ่มขึ้น เช่น การนอนพัก การให้ยาหย็บยั้ง การคลอด การป้องกันการขาดน้ำ เป็นต้น (วรพงษ์ ภู่งศ์. 2551 : 42 – 60) นอกจากนี้ยังรวมถึงวิธีการพยาบาล เช่น การผ่อนคลาย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น (ณัฐมณต์ โกศัย. 2553) ซึ่งถ้าสตรีตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องตามคำแนะนำจะสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดในระยะนี้ได้ และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านได้ ทั้งนี้เมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด แล้วแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ พยาบาลควรเน้นการดูแลต่อที่บ้านในเรื่องพฤติกรรมปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การนับลูกดิ้น การสังเกตการหดตัวของมดลูก หรืออาการเจ็บครรภ์ การติดตามการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น การพยาบาลดูแลต่อที่บ้านจึงเป็นระยะการพยาบาลที่สำคัญที่จะทำให้สามารถยืดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ให้ครบกำหนดได้และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลการคลอดก่อนกำหนด ในสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว ส่วนใหญ่เน้น 1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการลดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ระพี เถลิวุฒานนท์. 2559 : 291-298) 2) ศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก 3) การพัฒนาโปรแกรมและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะทำในระดับปฐมภูมิเป็นส่วนใหญ่ (พรศิริ เสนธิริ. 2559 : 164-173 ; สุพัตรา ปิ่นแก้ว. 2557 : 58-71 ; สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล. 2555 : 8-13 ; อุษา คงคา. 2555 : 54-64 ; กัลยา กิติมา. 2554) ในส่วนของการป้องกันในระดับตติยภูมิ พบว่า มีส่วนน้อย ทั้งนี้จากการศึกษาของหลาย ๆ งานวิจัย พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถปฏิบัติทางการพยาบาลได้ตรงตามมาตรฐาน เพราะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเกิดจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Clinical Practice Guideline : EBP) อย่างเป็นระบบและนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลซึ่งเป็นวิธีหนึ่งส่งเสริมให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานหรือเกณฑ์ในการวัดความเหมาะสมของการปฏิบัติงาน และทำให้บุคลากรทางสุขภาพปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เกิดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า (พองคำ ดิลกสกุลชัย. 2549) เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ ทั้งนี้ การสร้างแนวปฏิบัติที่ดีควรที่จะเหมาะสมกับบริบทแต่ละโรงพยาบาล เพื่อที่จะสามารถนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปได้จริง

โรงพยาบาลสมุทรปราการ มีสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาและคลอดในปี พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 จำนวน 578, 706 และ 731 ราย ตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 8.2, 10.5 และ 10.7 (เวชสถิติหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ. 2557) และจากรายงาน

เวชสถิติหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ (2558) มีสตรีตั้งครรภ์เข้ารับการรักษาด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ แต่พบว่า สตรีตั้งครรภ์กลับมารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถึง ร้อยละ 42-57 ถึงแม้ว่าห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ จะมีมาตรฐานการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำห้องคลอด เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด การสอนนับลูกดิ้น และนัดฝากครรภ์ต่อหลังจำหน่าย 1 อาทิตย์ หรือนัดฝากครรภ์ตามนัดเดิม ซึ่งผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ ประจำห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ รับผิดชอบงานการดูแลพยาบาลผู้คลอดทุกระยะ ตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ทั้งรายปกติและรายที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้วิเคราะห์แผนการจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า มีแนวปฏิบัติการพยาบาลและแผนการจำหน่าย ดังนี้ 1) มีการให้ข้อมูลเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์แต่ไม่ครอบคลุมรายละเอียดการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติ 2) มีการสอนการปฏิบัติตัวแต่ไม่ครอบคลุมทักษะการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกด้วยตนเองและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด 3) หลังจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับคำแนะนำให้ไปฝากครรภ์ที่เดิมอย่างต่อเนื่อง แต่ห้องคลอดยังไม่มีระบบการส่งต่อและติดตามเยี่ยมดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้สตรีตั้งครรภ์กลับมาเข้ารับการรักษซ้ำและคลอดก่อนกำหนดมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นเพื่อสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอดแล้วแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ และเพื่อลดอัตราการกลับมารักษซ้ำพร้อมทั้งยืดระยะเวลาการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ครบกำหนดหรือใกล้ครบกำหนดมากที่สุด

ผู้วิจัยถึงแม้จะเป็นพยาบาลห้องคลอดซึ่งไม่จำเป็นที่จะต้องให้การพยาบาลเชิงรับเพียงอย่างเดียว จะต้องให้การพยาบาลแบบเชิงรุกด้วย มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ให้เกิดการเป็นโรคซ้ำ จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยหวังผลว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นจะสามารถลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำและสามารถช่วยยืดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ให้ครบกำหนดหรือใกล้ครบกำหนดมากที่สุด

1.2 คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องเป็นอย่างไร
2. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไปใช้

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ
2. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มีอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ
3. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น สามารถยืดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ให้ครบกำหนดหรือใกล้ครบกำหนดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาและนำใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กรอบแนวการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ ซูกัพ (Soukup. 2000 : 301-309) และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ทดลองกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยทำการศึกษาและเก็บข้อมูลที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงตุลาคม พ.ศ. 2560

1.6 คำนิยามศัพท์

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 32 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการดูแลที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ
2. แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง หมายถึง แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ ซูกัพ (Soukup. 2000 : 301-309) สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทำการสังเคราะห์ผลงานวิจัยนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดครอบคลุมตั้งแต่การพยาบาลในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้านจนกระทั่งกลับมาคลอด

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องที่ใช้ครอบคลุมตั้งแต่การพยาบาลในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งคลอด
2. พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เกิดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำและเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถยืดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ให้ครบกำหนดหรือใกล้เคียงครบกำหนดได้มากที่สุด



บทที่ 2

เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นสาเหตุการตายของทารกแรกเกิดที่พบบ่อย เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากการดูแลทารกกลุ่มนี้ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง จึงเป็นภาระต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข (ธีรพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ. 2551) ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาตามหัวข้อดังต่อไปนี้

2.1 ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.1.1 ความหมายภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.1.2 ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.1.3 พยาธิสภาพและการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.1.4 ผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.2 แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

2.2.1 แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของห้องคลอดโรงพยาบาลสมุทรปราการ

2.2.2 แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup. 2000 : 301-309)

2.3 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor : PTL) เกิดขึ้นถึงร้อยละ 5-15 ของการคลอดโดยประมาณและเป็นสาเหตุการตายของทารกแรกเกิด ร้อยละ 75-80 ของการตายของทารกแรกเกิด (ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์. 2550 : 4-12) ในปี 2549-2551 พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.43 เป็นร้อยละ 12.98 (สายฝน ชาวลาไพบูลย์. 2553)

2.1.1 ความหมายภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ ภาวะที่มดลูกมีการหดรัดตัวที่แรงและถี่เกิดก่อนอายุครรภ์จะครบกำหนดในช่วงอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ถึง 37 สัปดาห์ (American Collage of Obsticians and Gynaecologists (ACOG). 2012 ; Practice bulletin No.127. 2016) ทางประเทศตะวันตกมักจะถือหลัง 20 สัปดาห์ บางประเทศถือที่ 28 สัปดาห์ บางสถาบันในประเทศไทยถือที่ 24 สัปดาห์

ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล สมรรถนะของทีมสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ (ธีระ ทองสง. 2555) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้อายุครรภ์ 32 ถึง 36 โดยมีอาการเจ็บครรภ์ร่วมกับมีการเปิดขยายของปากมดลูก ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนี้อาจดำเนินต่อไปจนครบกำหนดหรืออาจสิ้นสุดด้วยการคลอดทารกก่อนกำหนด (Preterm Birth : PTB) สำหรับการคลอดก่อนกำหนด แบ่งเป็น 4 ระยะ ตามอายุครรภ์ ดังนี้ (Reedy. 2007)

- 1) ทารกคลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ (Extremely preterm)
- 2) ทารกคลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 29-31 สัปดาห์ (Very preterm)
- 3) ทารกคลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 32-33 สัปดาห์ (Moderate preterm)
- 4) ทารกคลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 34-37 สัปดาห์ (Late preterm)

2.1.2 ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1) ปัจจัยด้านสตรีตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น

1.1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

- อายุ : มารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 19 ปี เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Murray et al. 2000 ; Piotrowski. 2004 ; Barrera et al. 2006 ; Simpson & Creehan. 2008 ; Holzman et al. 2009 ; McKinney et al. 2009 ; ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. 2552 อ้างถึงใน ปิยาณีนักบุญ. 2554) จากการศึกษาความสัมพันธ์ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และลักษณะประชากร พบว่า สตรีตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่ากลุ่มอายุ 20-34 ปี 2.32 เท่า (Rodrigues & Barros. 2008) และอายุมากกว่า 35 ปี เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เช่นกัน (Simpson & Creehan. 2008 : 157-162) นอกจากนี้การศึกษาของ McIntyre, Newburn-Cook, O, Brien and Deminanczuk (2009) ในประเทศแคนาดา ศึกษาในสตรีที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี จำนวน 193,575 ราย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์และเลือดออกในระยะตั้งครรภ์

- ดัชนีมวลกาย : ภาวะอ้วนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 30 kg/m^2 มีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Hennessy et al. 2009 อ้างถึงใน ปิยาณีนักบุญ. 2554) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Smith et al (2007) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ค่าดัชนีมวลกาย ระหว่างตั้งครรภ์และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์เดี่ยว พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ มีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่าปกติ 2 เท่า ในทางตรงกันข้ามค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20 kg/m^2 (Yoneyama et al. 2007) หรือน้ำหนักน้อยกว่า 45.5 กิโลกรัม (Barrera et al. 2006) ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ (Smith et al. 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ ระพีเฉลิมวุฒานนท์. (2559 : 291-298) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของ

หญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง พบว่า น้ำหนักมารดาที่เพิ่มขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ($\chi^2 = 40.14, p = 0.000$)

- การศึกษา : ระดับการศึกษาต่ำ ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมให้เกิดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาต่ำมักจะขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ถูกต้องส่งผลทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (McKinney et al. 2000 ; Piotrowsk. 2004 ; Barrera et al. 2006 ; Holzman et al. 2009 ; Partington et al. 2009 อ้างถึงใน ปิยาณี นักบุญ. 2554) กลุ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบมากในกลุ่มที่การศึกษาต่อเนื่องน้อยกว่า 8 ปี (Rodrigues & Barros. 2008 อ้างถึงใน ปิยาณี นักบุญ. 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพโรจน์ คิตศิริตัน (2549) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษา มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด 4.12 เท่า (95% CI 1.961-8.671) ของผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

- เศรษฐฐานะ : เศรษฐฐานะที่ยากจน มีผลให้สุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ไม่ดี อาจจะมีภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ จากการศึกษา Gilbert & Harmon (1998) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ผิวดำมักจะมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี มีฐานะทางสังคมต่ำ ระดับการศึกษาน้อย มักจะทำงานหนัก และมีความเครียดสูง และไม่เอาใจใส่ในการฝากครรภ์ นอกจากนี้ การศึกษา วิสุทธิ สุวิหะศิริ, มานิต ศรีประมอทย์ และปราโมทย์ เจริตธนรักษ์ (2546) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการฝากครรภ์ที่ไม่ดีกับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและการคลอดก่อนกำหนด โดยการศึกษาจากสมุดบันทึกการฝากครรภ์และสมุดรายงานการคลอด จำนวน 600 ราย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำ การศึกษาน้อย โสด รายได้น้อย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ดี การสูบบุหรี่ ทำงานหนัก ภาวะโภชนาการที่ไม่ดีและไม่มาฝากครรภ์ ส่งผลให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพล อริยเดช (2001) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์การคลอดก่อนกำหนดในผู้คลอดโรงพยาบาลระยอง พบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อย มีอัตราคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 94.1

- โรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม : เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคโลหิตจาง โรคเบาหวาน เนื่องจากโรคเหล่านี้ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณรกไม่เพียงพอ และรกเสื่อมสภาพทำให้เกิดการหดตัวของมดลูก (Goldenberg et al. 2008 อ้างถึงใน วรนุช ไชยวาน. 2555)

1.2) ปัจจัยด้านสูติกรรม ได้แก่

- ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต : สตรีตั้งครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดในระยะตั้งครรภ์และมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน มีโอกาสเสี่ยงเพิ่มต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยพบว่า การตั้งครรภ์ครั้งต่อไปจะมีโอกาสเกิดซ้ำได้อีกประมาณร้อยละ 14.3

และเพิ่มเป็นร้อยละ 28.1 ในครรภ์ที่สองและในครรภ์ที่สาม (Slattery et al. 2008 อ้างถึงใน วรรณุชไชยวาน. 2555)

- ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ (ศิริวรรณ แสงอินทร์. 2557 : 27-38) พบว่า

(1) มดลูกผิดปกติและขยายตัวมากเกินไป เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ เนื่องจากที่ตัวมดลูก มดลูกผิดปกติ ซึ่งการยืดขยายของมดลูกมากกว่าปกติ นอกจากจะส่งเสริมให้เกิดการแตกของถุงน้ำคร่ำแล้วอาจกระตุ้นให้เซลล์รับการกระตุ้นในมดลูกหลั่งออกซิโตซินและพรอสตาแกลนดินเพิ่มขึ้นทำให้มดลูกเกิดการหดตัว

(2) ปัญหาที่ปากมดลูก เช่น ปากมดลูกหลวม (Incompetent) ประวัตินเคยถ่างขยายและขูดมดลูก หรือทำแท้ง ในไตรมาสที่สอง ผ่าตัดปากมดลูก ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดชัดเจนที่สุด สาเหตุของการสั้นลงของปากมดลูกที่พบบ่อยที่สุด คือ การติดเชื้อ

(3) พยาธิสภาพของรก เช่น ภาวะรกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด เลือดออกทางช่องคลอดขณะตั้งครรภ์หรือการได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิดการติดเชื้อและมีการหลั่งสารทรมอบินจากตำแหน่งที่มีเลือดออก กระตุ้นกล้ามเนื้อมดลูกเกิดการหดตัวได้

(4) การติดเชื้อ เป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 40 การติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด (Bacterial vaginosis) เป็นสาเหตุสำคัญต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยเชื้อแบคทีเรียบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์จะกระตุ้นกาตอบสนองทางชีวเคมีของมารดาและทารกในครรภ์เยื่อโพรงมดลูก (Decidual) มีการหลั่งไซโตคิน (Cytokine) และเคมีคิน (Chemokine) ส่งผลให้สร้างพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin) เพิ่มขึ้น และการซึมผ่านของนิวโทรฟิล (Neutrophil) เพิ่มขึ้นทำให้ถุงน้ำคร่ำแตกและปากมดลูกนุ่ม นอกจากนี้เชื้อแบคทีเรียในน้ำคร่ำยังกระตุ้นให้ทารกในครรภ์มีการตอบสนองโดยมีการหลั่งคอร์ติซอล ซึ่งส่งเสริมให้มีการสร้างพรอสตาแกลนดินและกล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัวอย่างไรก็ตามการรักษาเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอดที่ไม่มีอาการในสตรีตั้งครรภ์ทุกคนก็มิได้ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการติดเชื้อของน้ำคร่ำ (Amniotic fluid infection) ที่ไม่มีอาการและไม่มีประวัติน้ำเดินนั้น ก็มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับการคลอดก่อนกำหนด (ศิริวรรณ แสงอินทร์. 2557 : 27-38)

1.3) พฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์

- อาชีพ การทำงานหนักเพิ่มความเสี่ยงต่อน้ำเดินและคลอดก่อนกำหนด พบว่า การทำงานมากกว่า 42 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การยืนนานมากกว่าวันละ 6 ชั่วโมง มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด (Barrera et al. 2006 ; ประภักทร วาณิชพงษ์พันธ์. 2554 : 109-124) ส่วนการศึกษาของฟรีดา และคณะ (Freda et al. 1990) ซึ่งศึกษาการดำเนินชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอด

ก่อนกำหนดเพื่อจะให้คำปรึกษาในแต่ละราย พบว่า กลุ่มหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบมากในกลุ่มที่ทำงาน 31-40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

- การดื่มสุราจะส่งผลต่อมดลูกหรือทำให้ปริมาณเลือดที่จะไปเลี้ยงมดลูกลดน้อยลงก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Piotrowski, 2004 ; Barrera et al. 2006 ; Simpson & Creehan. 2008 ; Buckley & Kulb. 1994 ; Pillitteri. 1995 อ้างถึงใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. 2552)

- การสูบบุหรี่ สตรีตั้งครรภ์สูบบุหรี่ 1-9 มวน มีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และการสูบบุหรี่มากกว่าวันละ 10 มวน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (McKinney et al. 2000 ; El-Bastawissi et al. 2003 ; Piotrowski. 2004 ; Barrera et al. 2006 ; Simpson & Creehan. 2008)

- ความเครียดและปัจจัยทางด้านจิตสังคม : การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหากสตรีตั้งครรภ์มีความเครียดจะส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันและทำให้เกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูกเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ง่าย นอกจากนี้การรับรู้ความเครียดรวมทั้งความรุนแรงในชีวิตประจำวันจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย มีการหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) จากระบบประสาทอัตโนมัติ กระตุ้นให้มดลูกมีการหดตัว เป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เพิ่มขึ้น (Gennaro & Hennessy. 2003 ; Latendresse. 2009) นอกจากนี้การศึกษาของ Dole et al (2004) ที่ศึกษาในสตรี จำนวน 1898 ราย พบว่า สตรีแอฟริกัน อเมริกัน มีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูง เนื่องจากมีปัญหาในการเผชิญความเครียดและรับรู้ถึงความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ ในขณะที่สตรีผิวขาวจะมีความเครียดจากเหตุการณ์ที่ไม่ดีในชีวิต โดยเฉพาะในสตรีที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับคู่สมรส สตรีตั้งครรภ์ที่ต้องอยู่คนเดียว หย่าร้าง ครอบครัวแตกแยก มีผลกระทบทางด้านจิตใจส่งผลให้เกิดจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (จิรเนาว์ ทศศรี. 2545 อ้างถึงใน วรนุช ไชยวาน. 2555)

2) ปัจจัยด้านทารก

ความผิดปกติของทารกในครรภ์ : ได้แก่ ทารกท่าผิดปกติ เช่น ท่าขวาง ท่าก้น ท่าหน้า ความผิดปกติของท่ามักทำให้เกิดการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนกำหนด ทารกมีความพิการ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (สายฝน ขวาลไพบุลย์. 2553) รวมทั้งความผิดปกติของโครโมโซม พบว่า ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถึง 2 เท่า (Bottoms. 1995)

โดยสรุป ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ นั้นเกิดจากสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนั้น การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำ

ให้พฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ปฏิบัติได้ถูกต้องสามารถดูแลตนเองได้ จะทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดหรือใกล้ครบกำหนดมากที่สุด

2.1.3 พยาธิสภาพและการวินิจฉัยการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

ในภาวะเจ็บครรภ์คลอดปกติจะมีการหลั่งสาร Cortisol ออกมาจากต่อมหมวกไตของสตรีตั้งครรภ์และทารกมากขึ้น ส่งผลให้รกสร้างสาร Prostaglandin มากขึ้น Cortisol ที่มากขึ้นจะไปกระตุ้นเนื้อรกให้สร้างสาร Corticotrophin Releasing Hormone (CRH) และ CRH ก็จะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตให้สร้างสาร Prostaglandin มากขึ้นไปอีก ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้นไปอี (สายฝน ชวาลไพบูลย์. 2554) นอกจากนี้ยังพบกระบวนการที่น่าจะเป็นสาเหตุของพยาธิสภาพการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Gray. 2006 อ้างถึงใน ศิริวรรณ แสงอินทร์. 2557 : 27-38) ดังนี้

1) กระบวนการที่เกิดขึ้นเอง (Idiopathic processes) การเจ็บครรภ์เป็นกระบวนการปกติที่เกิดจากการหลั่งออกซิโตซิน (Oxytocin release) และการขาดโปรเจสเตอโรน (Progesterone withdrawal) ระดับออกซิโตซินไม่ได้เพิ่มขึ้นก่อนเริ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและในระยะท้ายของการตั้งครรภ์มีการหลั่งอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิกฮอโมน (Adrenocorticotrophic Hormone : ACT) ซึ่งกระตุ้นให้หลั่งคอร์ติซอล (Cortisol) ส่งผลทำให้ระดับของโปรเจสเตอโรน ลดลงและระดับของเอสโตรเจนเพิ่มขึ้น ทำให้มดลูกหดตัว

2) กระบวนการติดเชื้อ (Inflammatory) การติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด (Bacterial vaginosis) เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเชื้อแบคทีเรียบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์จะกระตุ้นการตอบสนองทางชีวเคมีของมารดาและทารกในครรภ์ ส่งผลให้สร้างพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin) เพิ่มขึ้นและเยื่อโพรงมดลูก (Decidual) มีการหลั่งไซโตคิน (Cytokine) และเคมีไคน (Chemokine) ซึ่งส่งเสริมให้มีการสร้างพรอสตาแกลนดิน และการซึมผ่านของนิวโทรฟิล (Neutrophil) เพิ่มขึ้นส่งผลทำให้ถุงน้ำคร่ำแตก (Rupture of membranes) และปากมดลูกนุ่ม (Cervical ripening) นอกจากนี้เชื้อแบคทีเรียในน้ำคร่ำยังส่งผลกระตุ้นให้ทารกในครรภ์มีการตอบสนองโดยการหลั่งคอร์ติซอล ซึ่งส่งเสริมให้มีการสร้างพรอสตาแกลนดินและกล้ามเนื้อมดลูกเกิดการหดตัว

3) กระบวนการกลไกการทำงานของร่างกาย (Mechanical processes) กลไกการทำงานของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การมีเลือดออกในโพรงมดลูก ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการที่รกเกาะไม่แน่นหรือการได้รับบาดเจ็บทำให้เกิดการติดเชื้อและมีการหลั่งทรอมบิน (Thrombin) กระตุ้นให้กล้ามเนื้อมดลูกเกิดการหดตัวได้ การยืดขยายของมดลูกมากกว่าปกติ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ นอกจากจะส่งเสริมให้เกิดการแตกของมดลูกแล้วอาจกระตุ้นให้เซลล์รับการกระตุ้นในมดลูก (Uterine receptor) หลั่งออกซิโตซินและพรอสตาแกลนดินเพิ่มขึ้น

4) กระบวนการทางจิตสังคม (Psychosocial processes) การคลอดก่อนกำหนดเป็นผลมาจากการตอบสนองความเครียดที่เกิดขึ้นก่อนกำหนด มีปัจจัยทางจิตสังคมหลายอย่างที่มีสัมพันธ์กับการตอบสนองความเครียดและแสดงออกมาโดยภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ นอกจากนี้ความเครียดยังสามารถกระตุ้นให้สร้างสารกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ได้แก่ คอร์ติโคโทรฟิน-รีลีสซิง ฮอร์โมน (Corticotrophin-releasing Hormone : CRH) ไสโคคิน, คอร์ติซอล, พรอสตาแกลนดิน

โดยสรุปแล้วพยาธิสภาพและกระบวนการเกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดนั้นมีกระบวนการการเกิด การเจ็บครรภ์ได้ 4 สาเหตุใหญ่ กล่าวคือ 1) กระบวนการที่เกิดขึ้นเองเป็นกระบวนการปกติที่เกิดจากการหลั่งออกซิโตซิน และการขาดโปรเจสเทอโรนในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ทำให้มดลูกหดตัว 2) กระบวนการที่มีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดและส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ กระบวนการติดเชื้อ (Inflammatory) 3) กระบวนการกลไกการทำงานของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 4) กระบวนการทางจิตสังคมเป็นผลมาจากการตอบสนองความเครียดที่เกิดขึ้นก่อนกำหนด

การวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถใช้การวินิจฉัยได้ 3 ส่วน (Beckmann et al. 2006 ; American Academy of Pediatrics and American College Obstetrician and Gynaecologists [AAP & ACOG]. 1997 ; Cited in Simpson & Creehan. 2008 ; Gilbert. 2011 อ้างถึงใน ปิยาณี นักบุญ. 2554) ดังนี้

1) การซักประวัติ

- ประวัติการเจ็บครรภ์ จากการซักประวัติสตรีตั้งครรภ์สามารถสังเกตได้ด้วยตนเอง ได้แก่ อาการปวดเหมือนปวดประจำเดือน ปวดหน่วงบริเวณหลังหรือเอวส่วนล่าง ลักษณะการปวดอาจเป็น ๆ หาย ๆ หรือปวดตลอดเวลา มีมูกหรือมูกเลือดออกทางช่องคลอดหรือมีน้ำเดิน (วรรณช ไซยวาน. 2555)

2) การตรวจร่างกาย

- การคลำหน้าท้อง เพื่อประเมินการหดตัวของมดลูก มักพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะมีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอจำนวนตั้งแต่ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 1 ชั่วโมง (สายฝน ขวาลไพบูลย์. 2554)

- การตรวจภายใน เพื่อดูการเปิดของปากมดลูกมากกว่า 1 เซนติเมตร หรือมีการเคลื่อนต่ำของส่วนของทารกจะพบว่ามีบางของปากมดลูก ร้อยละ 80 หรือมากกว่า (สายฝน ขวาลไพบูลย์. 2554)

3) การตรวจพิเศษ

- การตรวจทางชีวเคมี สารไฟโบรเนคติน (Fetal fibronectin) เป็นสารเคมีใช้สำหรับการตรวจทำนายอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นสารที่เกิดจากเนื้อเยื่อของทารก

โดยปกติสามารถพบได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์ การตรวจสารไฟโบรเนคตินจะตรวจเมื่ออุ้งน้ำคร่ำยังไม่แตก ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร อายุครรภ์ที่ตรวจระหว่าง 22-34 สัปดาห์ (Varma et al. 2006) โดยการป้ายสารคัดหลั่งบริเวณหลังช่องคลอดด้านในสุด (Posterior fornix) มาตรวจ ถ้าพบสารนี้ปริมาณ 50 mg/mL แสดงว่า ผลการตรวจเป็นบวก สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (พัญญู พันธุ์บุรณะ และจันทนา พันธุ์บุรณะ. 2549 ; Varma et al. 2006 อ้างถึงใน วรณช ไชยวาน. 2555)

- การวัดความยาวของปากมดลูกด้วยคลื่นความถี่สูง (Transvaginal Cervical Sonography) เป็นการวัดความยาวของปากมดลูกโดยวัดจาก External os ไปยัง Internal os วัดตามความยาวของ Cervical canal อายุครรภ์ 14-22 สัปดาห์ ในภาวะที่ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ปากมดลูกจะมีความยาวเฉลี่ยเท่ากับ 35-40 มิลลิเมตร และเมื่ออายุครรภ์ 22-24 สัปดาห์ หากพบว่าปากมดลูกสั้นกว่า 25 มิลลิเมตร มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนอายุครรภ์ 35 สัปดาห์ (พัญญู พันธุ์บุรณะ และวินิต พัวประดิษฐ์. 2540 ; สายฝน ขวาลไพบุลย์ และสุจินต์ กนกพงศ์ศักดิ์. 2554 ; Goldenberg. 2002 ; Iams. 2003)

- การประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยเครื่องบันทึก การหดตัวของมดลูกและสภาพของทารกในครรภ์ (Electronic fetal monitoring) เป็นเครื่องมือที่ประเมินการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารก โดยใช้ Tocotransducer ติดเข้ากับผนังหน้าท้องของสตรีตั้งครรภ์บริเวณยอดมดลูกเพื่อประเมินการหดตัวของมดลูก และใช้ Dropper วางในตำแหน่งที่สามารถฟังเสียงหัวใจทารกได้ชัดเจน โดยเครื่องจะแปลสัญญาณออกมาเป็นรูปกราฟ ซึ่งสามารถดูผลการตรวจได้ ถ้าพบการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมออย่างน้อย 4 ครั้งใน 20 นาที จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Cunningham et al. 2001 ; Varma et al. 2006 อ้างถึงใน วรณช ไชยวาน. 2555)

2.1.4 ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1) ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์

1.1) ด้านร่างกายสตรีตั้งครรภ์อาจได้รับผลกระทบ ดังนี้

(1) ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนเป็นระยะเวลานาน ๆ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะครรภ์เสี่ยงสูงที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น การนอนเป็นระยะเวลานานจะส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ถูกจำกัดกิจกรรมให้นอนอยู่บนเตียงนาน ๆ นั้นลดแรงกดของกล้ามเนื้อและกระดูกอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง กระดูกเปราะบาง ท้องผูกและมีอาการเมื่อยล้าได้ (ณัฐมณฑิ โภคชัย. 2553)

(2) แบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงขณะรับการรักษาสตรีตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ถูกจำกัดกิจกรรม และให้นอนพักบนเตียงมากที่สุด บางรายได้รับใส่สายสวนปัสสาวะทำให้ปัสสาวะลำบาก (จิรเนาว์ ทศศรี. 2545) นอกจากนี้ ในรายที่นอนโรงพยาบาล พบว่า มีการสูญเสียแคลเซียม และเกิดนิ่วในไตได้ (McCain. 1993 ; Maloni. 1994 ; Gupton. 1997 อ้างถึงใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. 2552)

(3) ไม่สุขสบายจากการหดตัวของมดลูกและอาการข้างเคียงจากได้รับการรักษาด้วยการยับยั้งการคลอด เช่น ซีพเจอร์เต็นเร็ว เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน และท้องเสีย (Dickason et al. 1994 ; Coster Schulz & Mackey. 1998 อ้างถึงใน เทียรทอง นิมศิริ. 2553 ; McCain. 1993 ; Maloni. 1994 ; Gupton. 1997 อ้างถึงใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. 2552)

(4) ในรายที่นอนโรงพยาบาลนานมากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและพยาธิสภาพจากการไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เช่น อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง น้ำหนักลด ภาวะก้อนเลือดอุดตันในเส้นเลือด กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง แสบร้อนบริเวณหน้าอกกรดไหลย้อน (Maloni. 1993 ; Shroeder. 1996 ; Cite in Cunningham. 2001 ; เทียรทอง นิมศิริ. 2553)

(5) สัมพันธภาพกับคู่สมรสเปลี่ยนแปลง สตรีตั้งครรภ์ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีความวิตกกังวลกับพยาธิสภาพของตนเองส่งผลทำให้ความต้องการด้านเพศสัมพันธ์ลดลง และการงดมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ ทำให้สัมพันธภาพกับสามีลดลง เกิดปัญหาครอบครัวตามมาได้ (จิรเนาว์ ทศศรี. 2545)

1.2) ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ด้านจิตใจ การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ คือ

(1) ไม่มั่นใจในความสามารถในการค้นหาความผิดปกติของตนเองสตรีตั้งครรภ์ก่อนกำหนดที่เคยมีอาการเจ็บครรภ์แล้วไม่ได้รับความเอาใจใส่อาการวิตกกังวลเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดจากเจ้าหน้าที่จึงทำให้เกิดการรับรู้ว่าการของตนเองไม่เป็นอันตราย ไม่มั่นใจในอาการผิดปกติของตนเองส่งผลทำให้มารับการรักษาช้าและคลอดก่อนกำหนด (Palmer & Carty. 2006)

(2) กลัวและไม่มั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สตรีตั้งครรภ์กลัวที่จะได้อยู่คนเดียวเพียงลำพัง การดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสอดคล้องกับการศึกษาของ แมคคินนอน (MacKinnon. 2006) ศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า กลุ่มดังกล่าวมีความรู้สึกว่าตนเองต้องรับผิดชอบทารกในครรภ์เพื่อไม่ให้คลอดก่อนกำหนดจึงมีความกลัวและไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง

(3) มีความเครียด โดยพบว่า เครียดกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสภาพตนเองและทารกในครรภ์ขณะที่เข้ารับการรักษาจะเพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (วิภาภรณ์ ตี๋ปาละ. 2548) มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของสตรี

ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ สภาพแวดล้อมไม่คุ้นเคย ไม่มีความเป็นส่วนตัว ถูกจำกัดกิจกรรม แบบแผนกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไป และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ (Maloni. 2011)

1.3) ผลกระทบของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ลดและปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองเพื่อดูแลทารกในครรภ์ให้คลอดครบกำหนด จึงจำเป็นต้องลดงานประจำที่ทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัวรวมถึงกิจกรรมนันทนาการกับครอบครัวส่งผลทำให้สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวลดลง (MacKinnon. 2006)

1.4) ผลกระทบของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อเศรษฐกิจของครอบครัว สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจะส่งผลกระทบต่อรายได้ครอบครัวหรือค่าครองชีพภายในบ้าน (Harrison et al. 2001) และจากการศึกษานำร่องพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษาด้วยการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เมื่อมาอนที่โรงพยาบาลทำให้ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น สามีหยุดงานเพื่อมาดูแลภรรยาหรือสตรีตั้งครรภ์หยุดงานเพื่อเข้ารับการรักษ ส่งผลให้บ้านครอบครัวจำเป็นต้องจ่ายค่าแรงในการทำงานทดแทน สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมีค่าใช้จ่ายในการเผ่าไข้และติดตามเยี่ยมจนกว่าจะออกจากโรงพยาบาล

2) ผลกระทบต่อทารกในครรภ์

การรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่งผลต่อทารกในครรภ์ กล่าวคือ ผลข้างเคียงจากการได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ส่งผลให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดทารกผิดปกติได้ (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. 2552) รวมถึงทารกที่คลอดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์น้อยมักมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคมามากกว่าทารกที่มีอายุครรภ์มาก และทารกที่คลอดจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน ระบบทางเดินหายใจ โดยผลกระทบต่อทารกที่มารดาคลอดก่อนกำหนดที่พบบ่อยมีดังนี้

(1) ภาวะขาดออกซิเจน เมื่อแรกเกิด (Perinatal asphyxia) และภาวะเลือดข้น (Polycythemia) ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory distress syndrome) เนื่องจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (Surfactant) (Lee et al. 2009)

(2) ระบบการควบคุมอุณหภูมิกายบกพร่อง เนื่องจากผิวกายมากกว่าน้ำหนักตัวจึงขาดสมดุลในการปรับอุณหภูมิของร่างกาย

(3) ระบบทางเดินอาหารเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลำไส้เน่า (Necrotizing enterocolitis)

(4) ระบบสมองจะมีภาวะเลือดออกในสมอง (Intraventricular Hemorrhage : IVH, Periventricular Hemorrhage : PVH) จากการแตกง่ายของเส้นเลือด

(5) ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องจากช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ Immunoglobulin G (IgG) จากมารดามาสู่ทารกในปริมาณมากจึงทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

สรุป ผลกระทบของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อสตรีตั้งครรภ์มีทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ เช่น ส่งผลกระทบต่อรายได้ครอบครัว และยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์รวมสุขภาพของทารกที่คลอดก่อนกำหนด

2.2 แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ โดยในระยะก่อนตั้งครรภ์พยาบาลจะมีบทบาทในการให้ความรู้เพื่อเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและผลกระทบที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังมีการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย (ณัฐธรมณ์ โกศัย. 2553)

ระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) จะมุ่งเน้นที่การรักษาหรือลดความเสี่ยงในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการศึกษาประวัติสตรีตั้งครรภ์อย่างละเอียด โดยเฉพาะประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อนเพื่อประเมินความเสี่ยงและให้การรักษา เช่น ในสตรีที่มีประวัติเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ครั้งก่อนอาจป้องกันการแท้ง หรือลดความเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและการเย็บผูกปากมดลูกในรายที่ปากมดลูกมีความผิดปกติ การป้องกันและรักษาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็นต้น ซึ่งแพทย์จะให้การรักษาโดยขึ้นอยู่กับภาวะเสี่ยงของแต่ละบุคคล (Berghella. 2007 ; lamset et al. 2008 อ้างถึงใน ณัฐธรมณ์ โกศัย. 2553)

ระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) คือ การดูแลรักษาเมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีการตรวจวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างถูกต้องรวดเร็ว จากการประเมินการหดตัวของมดลูก การแตกของถุงน้ำคร่ำ และการมีมูกหรือเลือดออกจากช่องคลอด เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยได้ถูกต้องและให้การดูแลรักษาได้อย่างทันที่และมีประสิทธิภาพ โดยการเฝ้าระวังภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด การใช้ยาเพื่อยับยั้งการหดตัวของมดลูก และการให้ยากระตุ้นการเจริญของปอดทารก ขณะให้การยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยยานั้น ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดสตรีตั้งครรภ์ก็คือพยาบาลและ/หรือบุคลากรทางการพยาบาล จึงควรมีการดูแลที่ดีโดยก่อนจะทำการพยาบาลใด ๆ พยาบาลต้องอธิบายให้สตรีตั้งครรภ์ทราบถึงเหตุผลในการให้พยาบาลนั้น ๆ วิธีการและขั้นตอนต่าง ๆ โดยสังเขป เพื่อให้มีความพร้อมด้านจิตใจและเพื่อความร่วมมือในการปฏิบัติ

2.2.1 แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ

โรงพยาบาลสมุทรปราการ มีเกณฑ์การวินิจฉัยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ มีอาการเจ็บครรภ์สม่ำเสมอ ความถี่น้อยกว่า 10 นาที หรือมีการหดตัวของมดลูก 4 ครั้ง ใน 1 ชั่วโมง ร่วมกับปากมดลูกมีการเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร สตรีตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะได้รับการรักษาในห้องคลอดของโรงพยาบาล มีดังนี้

1) การประเมินเมื่อแรกจับ (Assessment)

- สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะได้รับการซักประวัติ และคำนวณอายุครรภ์ ตามประจำเดือนครั้งสุดท้าย หรือตามผลตรวจ Ultrasound
- สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ วัดสัญญาณชีพ วัดระดับความสูงของยอดมดลูก และฟังเสียงของหัวใจทารกในครรภ์ ด้วยเครื่องฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์
- ตรวจประเมินการหดตัวของมดลูก และเสียงหัวใจทารกในครรภ์โดยใช้เครื่อง Fetal monitor ใช้ระยะเวลาในการประเมิน 30 นาที
- ประเมินสตรีตั้งครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนดังต่อไปนี้ ตกเลือดก่อนคลอด ภาวะน้ำคร่ำมาก ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หากพบห้ามใช้ยากับสตรีตั้งครรภ์ ให้รายงานแพทย์ทราบ
- ประเมินสตรีตั้งครรภ์ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรมต่อไปนี้ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์เป็นพิษ หากพบห้ามใช้ยากับมารดาให้รายงานแพทย์ทราบ
- ประเมินทารกไม่มีภาวะดังต่อไปนี้ ภาวะพร่องออกซิเจน ทารกมีความพิการแต่กำเนิด ทารกบวมน้ำ ทารกมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจเลือดและปัสสาวะ เพื่อหาสาเหตุว่ามีการติดเชื้อหรือไม่

หลังจากพยาบาลประจำห้องคลอดได้ตรวจประเมินสตรีตั้งครรภ์แล้ว จึงประสานรายงานสูติแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแพทย์อธิบายเกี่ยวกับอาการและสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลกระทบจากการคลอดก่อนกำหนด แนวทางการรักษา และอาการข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบ และพยาบาลประจำห้องคลอดทำการอธิบายเพิ่มเติมและตอบข้อซักถามสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น เรื่องสิทธิการรักษา ค่าใช้จ่ายของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ค่าใช้จ่ายของทารกเมื่อคลอด และตู้ทารกแรกเกิด เป็นต้น

2) การดูแลขณะอยู่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ (Care of patient)

- ดูแลให้ได้รับยาบัยยังการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา Bricanyl 10 Amp + 5%D/NSS 500 ml IV drip เริ่ม 60 cc/hr และเพิ่มครั้งละ 30 cc/hr. ทุก 10 นาที จนมดลูกหยุดหดตัว (ระวังปริมาณยาไม่ให้เกิน 150 cc/hr.) เมื่อมดลูกหยุดหดตัวแล้วให้ยาอัตราเดิมอีก 2 ชั่วโมง จึงหยุดยาจากนั้นฉีด Bricanyl 1/2 Amp เข้าใต้ผิวหนังทุก 4 ชั่วโมง เป็นเวลา 24 ชั่วโมง ในกรณีที่ยาบุตรร่นน้อยกว่า 34 สัปดาห์ให้ Dexamethasone 6 mg IM ทุก 12 ชั่วโมง 4 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์

- ประเมินเสียงหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมง ขณะให้ยาทางหลอดเลือดดำและประเมินเสียงหัวใจทารกทุก 2 ชั่วโมง เมื่อเริ่มให้ยาฉีดเข้าใต้ผิวหนัง

- ประเมินการเจ็บครรภ์โดยติด NST และประเมินการหดตัวของมดลูกจนกว่าจะไม่มีอาการหดตัวของมดลูก หลังจากนั้นประเมินวันละ 1 ครั้ง และวัดสัญญาณชีพทุกครั้งก่อนและหลังปรับ rate Bricanyl IV หากพบความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 140 ครั้ง/นาที หรือมารดามีอาการใจสั่นมากให้หยุดการให้ยาทันที

- ดูแลให้อ่อนพักบนเตียง

- ดูแลให้ได้รับอาหารตามแผนการรักษา

- มารดาและญาติได้รับข้อมูลระหว่างการเข้ารับการรักษา

- ประสานทีมผู้เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมความพร้อมหากทารกต้องคลอดก่อนกำหนด โดยโทรศัพท์ขอเตียงแผนกผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และแจ้งกุมารแพทย์รับทราบ

- กรณีทราบอายุครรภ์ที่แน่นอน ถ้าอายุครรภ์ครบ 34 สัปดาห์ พิจารณาให้คลอดชะลอการเจาะถุงน้ำคร่ำและให้ GBS prophylaxis ใน Preterm ทุกราย เริ่มให้ยาเมื่อเข้าสู่ระยะ Active phase จนกระทั่งคลอด สตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในห้องคลอด จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อไม่มีการหดตัวของมดลูก โดยระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อยประมาณ 3 วัน ขึ้นอยู่กับอาการของสตรีตั้งครรภ์แต่ละราย

3) การดูแลก่อนกลับบ้าน (Plan Discharge)

ก่อนจำหน่ายกลับบ้านสตรีตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำห้องคลอด เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด การสอนนับลูกดิ้นและนัดฝากครรภ์ต่อหลังจำหน่าย 1 อาทิตย์ หรือนัดฝากครรภ์ตามนัดเดิม ซึ่งจากการติดตามข้อมูลการคลอดที่กลับมาคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ หรือการเข้ารับการรักษาซ้ำ แต่ยังคงพบว่า มีสตรีตั้งครรภ์บางส่วนที่กลับมาได้รับการรักษาอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวได้

2.2.2 แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup. 2000 : 301-309)

การสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice : EBP) นับเป็นหนึ่งในขั้นตอนที่จะทำให้แน่ใจว่าสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายจะได้รับบริการที่ดีที่สุดและจะช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพสามารถใช้ความรู้และประสบการณ์ในการบูรณาการอย่างเป็นระบบร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในขณะนั้น ซึ่งอาจจะเป็นหลักฐานจากงานวิจัยที่มีการออกแบบอย่างดีหรือหลักฐานอื่น ๆ ที่น่าเชื่อถือร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกและค่านิยม ความเชื่อของผู้รับบริการ มาใช้ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะอย่าง (ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) ซึ่งสามารถประหยัดเวลาและที่สำคัญสามารถปรับปรุงสร้างเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อดูแลสตรีตั้งครรภ์ให้มีคุณภาพและส่งผลดีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกได้

รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นิยมใช้ในวิชาชีพพยาบาลมีหลายรูปแบบ (ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) เช่น รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของสเต็ทเลอร์ (The Stetler model) รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวา (The Iowa model of evidence-based practice to promote quality of care) และรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (The center for advanced nursing practice evidence-based practice model) เป็นรูปแบบของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรัฐเนบราสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup. 2000) ซึ่งแต่ละรูปแบบมีขั้นตอนแตกต่างกันไปเนื่อหาดังนี้

1) รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของสเต็ทเลอร์ (The Stetler model) (ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ (Preparation) เป็นขั้นตอนการกำหนดวัตถุประสงค์ผลลัพธ์ของงานวิจัย สืบค้น และคัดเลือกหลักฐานจากงานวิจัยตั้งแต่งานวิจัยเชิงบรรยาย/พรรณนา งานวิจัยกึ่งทดลอง งานวิจัยเชิงทดลอง สามารถถูกคัดมาเป็นแนวปฏิบัติได้

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวิเคราะห์ตรวจสอบ (Validation) เป็นขั้นตอนวิเคราะห์แหล่งของหลักฐานโดยเฉพาะในด้านความน่าเชื่อถือ การประเมินจุดอ่อนจุดแข็งของงานวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินเปรียบเทียบ/ตัดสินใจ (Comparative evaluation/ Decision making) เป็นขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัย ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยมีเกณฑ์ 4 ข้อ ได้แก่

- ความเหมาะสมของผู้ป่วย/หน่วยงาน สภาพแวดล้อม

- ความเป็นไปได้พิจารณาด้านความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ผลงานวิจัย ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด

- พิจารณาความสอดคล้องของแนวคิดในการศึกษากับแนวคิดในการปฏิบัติจะเกิดประสิทธิผลในการปฏิบัติได้อย่างไร

- ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ต้องมีการยืนยันจากงานวิจัยอื่น ๆ
ขั้นตอนที่ 4 ขั้นถ่ายทอด / ดำเนินการ (Translation / Application) เป็นขั้นตอนการดำเนินการนำใช้ผลงานวิจัยที่สังเคราะห์แล้วมาดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีมีรายละเอียดของหัตถการ แผนการดำเนินการมาเผยแพร่และส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินผลการดำเนินการโดยกำหนดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในขั้นเตรียมการ

2) รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวา (The Iowa model of evidence-based practice to promote quality of care) (ฟองคำ ตีลกสกุลชัย. 2549) เป็นรูปแบบการประยุกต์ใช้ผลงานวิจัย มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พิจารณาปัญหาที่ต้องการพัฒนาที่อาจมาจากตัวกระตุ้น 2 ทาง คือ สิ่งกระตุ้นจากความรู้ (Knowledge-focused trigger) อาจพิจารณาจากข้อมูลบริหารความเสี่ยง ข้อมูลจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และสิ่งกระตุ้นจากปัญหาการปฏิบัติทางคลินิก (Problem-focused trigger) ที่มาจากปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือปัญหาในองค์กร

ขั้นตอนที่ 2 พิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นความต้องการขององค์กรหรือไม่ ถ้าใช้จัดทีมดำเนินการ ถ้าไม่ใช่ค้นหาปัญหาจากตัวกระตุ้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 รวบรวมงานวิจัย และหลักฐานการสืบค้น การทบทวนวรรณกรรมมาวิเคราะห์ ประเมิน สังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมดเพื่อนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 4 พิจารณามี่งานวิจัยสนับสนุนเพียงพอหรือไม่

ขั้นตอนที่ 5 ในกรณีที่มี่งานวิจัยสนับสนุนเพียงพอ พิจารณาว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการปฏิบัติหรือไม่

3) รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ (Soukup. 2000 : 301-309) มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สิ่งกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (Evidence - trigger phase) เป็นขั้นตอนของการกำหนดปัญหาทางคลินิก ซึ่งมีประเด็นปัญหาอยู่ 2 ทาง คือ สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) หรือสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าความรู้ (Knowledge triggers) ยังไม่ดีพอ จึงเกิดคำถามว่าจะทำอย่างไร รูปแบบใดจะดีกว่ากัน เพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติหรือความรู้ให้ดีขึ้น

ในการให้บริการดูแลผู้ป่วยต้องศึกษาค้นคว้าความรู้ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการปฏิบัติทางคลินิก เทคโนโลยีใหม่ ๆ หรือพัฒนาโปรแกรมที่มาจากกรอ่านรายงานวิจัย ตำราใหม่

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – supported phase) เป็นขั้นตอนของการทบทวน การสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ งานวิจัยรูปแบบต่าง ๆ ฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic databased) ได้แก่ Science Direct, PUBMEM, Thaijo, ACOG, CINAHL, Thailis กรมอนามัย และห้องสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา เอกสารจากองค์กรที่เป็นที่ยอมรับมาตรฐานทางคลินิกระดับชาติ แนวปฏิบัติระดับชาติ ข้อเสนอแนะการใช้เครื่องมือจากบริษัท และรายงานการปฏิบัติที่เป็นเลิศจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นที่ยอมรับ หลังจากนั้นนำสิ่งที่ทบทวนมาวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือเพื่อพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและวิเคราะห์คุณภาพงานวิจัย (Critique tool) ประกอบด้วย แบบการวิจัย สถานที่ทำการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม การวัดผลลัพธ์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัย สรุปคะแนนการประเมิน และข้อจำกัดในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ นำเสนอลงสู่การปฏิบัติเพื่อทดลองใช้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมและประเมินได้ (Evidence observed phase) โดยมีการประเมินเกี่ยวกับความเหมาะสม (Transferability) ความเป็นไปได้ (Feasibility) และความคุ้มค่าประโยชน์ (Cost – benefit ratio)

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ผลของการนำไปใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในด้านกระบวนการใช้และผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นเลิศ (Evidance – based phase) สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ของระยะนี้คือการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่เกิดขึ้นอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์และผลลัพธ์สุดท้ายของในระยะนี้ คือ การเผยแพร่ข้อค้นพบซึ่งอาจจะทำโดยการรายงานในคณะกรรมการประจำหน่วยปฏิบัติ และสหสาขาวิชาชีพ นำเสนอในการประชุมระดับชาติ นำเสนอในเครือข่ายคอมพิวเตอร์ หรือการตีพิมพ์ ซึ่งจะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือในเชิงวิชาชีพ (Professional accountability)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup. 2000 : 301-309) เป็นหลักฐานเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากว่ามีรูปแบบของกระบวนการปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจนและครอบคลุม เหมาะสมกับรูปแบบการปฏิบัติงานของห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องการพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดดียิ่งขึ้น ซึ่งปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ได้พัฒนาขึ้นตามบริบท เป็นการเชื่อมโยงของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดและการปฏิบัติที่เป็นอยู่ โดยการผสมผสานระหว่างงานวิจัยกับความรู้ ประสบการณ์

ส่งผลดีแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่จะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่มีการออกแบบมาอย่างดี

อย่างไรก็ตามในส่วนของการสืบค้นข้อมูล การประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นได้นำรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลของโพลิตและเบค (Polit and Beck. 2004 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) มาเสริมในการสืบค้นเพราะมีความชัดเจน ประหยัดเวลาในการสืบค้นได้หลักฐานที่ต้องการและสอดคล้องกับปัญหาทำให้การสืบค้นง่ายเพราะมีลักษณะคำสำคัญที่มีความเฉพาะเจาะจง ระบุปัญหา/การรักษา ระบุการเปรียบเทียบ และระบุผลลัพธ์ในข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์มีรายละเอียดดังนี้

P : Patient Population or Problem เป็นขั้นตอนของการระบุประชากร กลุ่มเป้าหมาย

I : Intervention or Area of interest การระบุหัตถการ/การรักษา หรือสิ่งที่จะต้องมีความเฉพาะเจาะจง วิธีการแก้ปัญหา

C : Comparison Intervention การระบุตัวเปรียบเทียบวิธีการจะช่วยจำกัดขอบเขตของการสืบค้นให้แคบลง

O : Outcome ผลลัพธ์ที่ได้จะต้องมีความเฉพาะเจาะจงและวัดได้

เมื่อสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้จะต้องมีการประเมินว่างานวิจัยที่ได้มีคุณภาพมากพอที่จะนำมาสังเคราะห์เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นิยมใช้ คือ การพิจารณาระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของเมลินคและไฟน์เอาท์-โอเวอร์โฮลท์ (Melynk and Fineout – overholt. 2005 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) ดังนี้

ระดับ 1 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมดหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างจากหลักฐานที่มาจากทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Clinical Practice Guidelines based on systematic review of RCT)

ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่ออกแบบวิจัยอย่างน้อย 1 เรื่อง (Randomized Controlled Trial)

ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Non – Randomized Controlled Trial)

ระดับ 4 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัย ที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี

ระดับ 5 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Systematic review of descriptive and Qualitative studies)

ระดับ 6 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive and Qualitative studies)

ระดับ 7 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ ในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือ รายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง (Opinion of authorities and/or reports of expert committees)

เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ทุกเรื่อง เพื่อพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สืบค้นได้ก่อนนำไปใช้เป็นหลักฐานสำหรับสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.3 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตามสมรรถนะพยาบาลขั้นสูงที่สภาการพยาบาลกำหนด พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีความสามารถในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคหรือเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (สภาการพยาบาล. 2552) กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ถือเป็นกลุ่มเฉพาะโรคที่ต้องวางแผนการดูแลด้านพฤติกรรมปฏิบัติตนไม่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. การบูรณาการความรู้เกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นำสู่แนวปฏิบัติการดูแลป้องกันไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดหรือการกลับมารักษาซ้ำในครรภ์ไม่ครบกำหนด โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์และผลงานวิจัยเพื่อออกแบบพัฒนาการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามปัญหาและบริบทของห้องคลอด

2. การคัดกรอง การประเมิน การวินิจฉัย การพยาบาล และการประเมินผล จะช่วยจัดระบบข้อมูลทางสุขภาพ การให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยมาวิเคราะห์และสังเคราะห์และประเมินผลงานวิจัย เพื่อพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้เป็นแนวทางการดูแลการให้คำปรึกษา คำแนะนำและความรู้ในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับบริบทของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

4. การประสานความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ ทั้งในและนอกวิชาชีพและการส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ประสิทธิภาพจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ไม่การกลับมารักษาซ้ำและคลอดครรภ์ครบกำหนด

5. พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดบนพื้นฐานของข้อมูลประจักษ์ เป็นการประกันคุณภาพการพยาบาลได้ในระดับหนึ่ง เนื่องจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลถูกสร้างขึ้นอย่างมีระบบตามระเบียบ วิธีของการวิจัยและสามารถนำไปใช้ในองค์กรได้จริง

6. นำใช้แนวปฏิบัติและเผยแพร่เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนและหน่วยงานเวชกรรมสังคม

2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

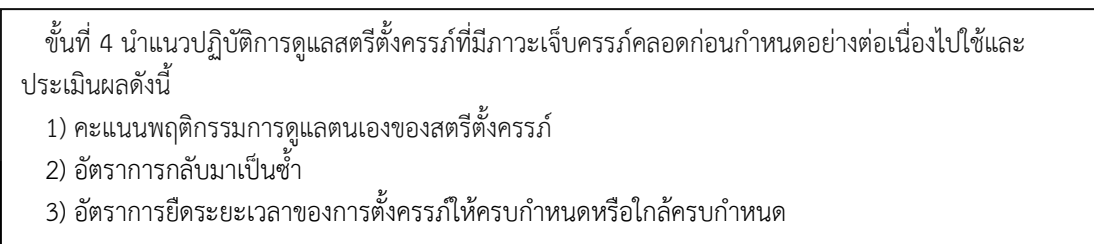
การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาและนำใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ (Soukup, 2000 : 301-309) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง



ระยะที่ 2 การนำใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ในห้องคลอดโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยมีกระบวนการวิจัย 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup. 2000 : 301-309) มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 2 ศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไปใช้ โดยผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องคลอด จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 15 ราย กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 15 ราย ทำการพฤติกรรมปฏิบัติตนก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และอายุครรภ์ที่คลอด

โดยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งเป็นแต่ละขั้นตอนดังนี้

3.1.1 ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

ประชากร คือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เอกสารอื่น ๆ ที่ตีพิมพ์ และเผยแพร่เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน ตั้งแต่ พ.ศ. 2549-2559 หรือ ค.ศ. 2006-2016 ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ทั้งหมด 23 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ งานวิจัยที่คัดเลือกจาก 23 เรื่อง ได้จำนวน 15 เรื่อง ซึ่งต้องเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ตั้งแต่ พ.ศ. 2549-2559 หรือ ค.ศ. 2006-2015 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.1.2 ระยะที่ 2 ศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องที่บ้านไปใช้

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสูติแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาทันทีเพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม ปี 2560 จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คำนวณจากสูตร โพลิต และฮังเลอร์ (Polit & Hungler. 1999) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.95 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 ได้จำนวน 30 ราย โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1) สตรีตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยตรวจพบอาการใดอาการหนึ่ง ดังนี้ มีการหดตัวของมดลูกและมีการเจ็บครรภ์อย่างสม่ำเสมอทุก 10 นาที หรือน้อยกว่า มีการหดตัวนานอย่างน้อย 30 วินาที หดตัวอย่างสม่ำเสมอ มีการบางของปากมดลูก ร้อยละ 80 หรือมากกว่า หรือมีการเปิดของปากมดลูกมากกว่า 1 เซนติเมตร หรือมีการเคลื่อนต่ำของส่วนของทารก

2) เป็นคนสัญชาติไทย

3) สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น ครรภ์เป็นพิษ รกเกาะต่ำ ตั้งครรภ์แฝด เป็นต้น

4) ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะผิดปกติ

5) ความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมตลอดกระบวนการวิจัย กรณีสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมวิจัยจะถูกคัดออกและให้การพยาบาลตามเกณฑ์ปกติ

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องที่สร้างขึ้นได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและลงบันทึก ประกอบด้วย 1) วันที่เข้ารับการรักษารักษา 2) ชื่อเบอร์โทรศัพท์ 3) ที่อยู่ 4) สถานภาพสมรส 5) น้ำหนักก่อนและหลังการตั้งครรภ์ ส่วนสูง 6) ระดับการศึกษา 7) อาชีพ 8) รายได้เฉลี่ย และ 9) ข้อมูลบุคคลที่พักอาศัยด้วย รวมจำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบบันทึกข้อมูลและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบซักประวัติและตรวจร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและลงบันทึก ประกอบด้วย 1) ประวัติการเจ็บป่วย 2) ประวัติการตั้งครรภ์ 3) การตั้งครรภ์ครั้งนี้ 4) ผลการตรวจร่างกาย 5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 6) ผลตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษและ 7) การรักษาที่ได้รับ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบบันทึกข้อมูลและเลือกตอบ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและลงบันทึก ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง 5 ด้าน จำนวน 28 ข้อ แบ่งเป็น

ด้านความเสี่ยง	จำนวน
- ด้านลักษณะประชากร	3 ข้อ
- ด้านประวัติสูติกรรม	9 ข้อ
- ด้านภาวะสุขภาพ	6 ข้อ
- ด้านวิถีการดำเนินชีวิต	6 ข้อ
- ด้านอื่น ๆ	4 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน โดยมีการแปลผลความเสี่ยงดังนี้ ถ้าพบปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่า 2 ด้าน หรือเท่ากับ 2 ด้าน แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์นั้นมีปัจจัยเสี่ยงต่ำ และถ้าพบปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 2 ด้าน แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง

ตารางที่ 1 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน	ความหมาย	คะแนน	
		เชิงบวก	เชิงลบ
ปฏิบัติ/หรือเกิดขึ้นเป็นประจำ	เหตุการณ์ในข้อความนั้นท่านปฏิบัติ/หรือเกิดขึ้นเป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติ/หรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง	เหตุการณ์ในข้อความนั้นท่านปฏิบัติ/หรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติ/หรือไม่เคยเกิดขึ้น	เหตุการณ์ในข้อความนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติ/หรือไม่เคยเกิดขึ้น	1	3

การแปลผล จากคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีคะแนนเต็ม 45 คะแนน สตรีตั้งครรภ์ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ำ และถ้าคะแนนน้อยกว่า 23 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูง

ชุดที่ 2 แบบการวางแผนจำหน่ายและติดตามเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสรุปปัญหาและการพยาบาลที่ได้รับ ประกอบด้วย วันที่จำหน่าย และลงประเภทว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ หรือกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง โดยมีเกณฑ์สรุปดังนี้ 1) กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ 2) กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำและมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง หรือสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ หรือสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงและมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง จากนั้นสรุปปัญหาของสตรีตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมถึงการพยาบาลที่ต้องให้คำแนะนำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ส่วนที่ 2 แบบติดตามเยี่ยมและดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย การประเมินปัญหาของสตรีตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมในแต่ละครั้งลงบันทึกข้อมูลของปัญหาและให้การพยาบาลเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาให้กับสตรีตั้งครรภ์ โดยการติดตามเยี่ยมจะเป็นไปตามแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นแยกตามความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำและเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์จากการดูแล ประกอบด้วย 2 ข้อหลัก คือ 1) การคลอดมีรายละเอียดวิธีการคลอด อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักแรกเกิดของทารก และ Apgar score 2) การกลับมารักษาซ้ำที่ห้องคลอด มีรายละเอียด คือ วันที่กลับมารักษาซ้ำ อาการสำคัญที่มาและผลการรักษาครั้งนี้ สตรีตั้งครรภ์สามารถกลับไปพักฟื้นตั้งครรภ์ต่อได้หรือคลอดโดยให้บันทึกอายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารก และ Apgar score

3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีแบบสอบถามอยู่ 2 ส่วน คือ 1) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไปตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม	1 คน
อาจารย์ด้านการพยาบาลสูติกรรม	1 คน
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	1 คน

ผู้วิจัยได้เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 – 1.0 มาใช้เป็นข้อคำถามโดยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ค่า IOC = 0.95 และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ค่า IOC = 0.96 และทำการแก้ไขปรับปรุงประโยคคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 30 ราย และวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เท่ากับ 0.78

3.4 วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของ ซูกัพ (Soukup. 2000 : 301-309) มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ มีขั้นตอนดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 สิ่งกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (Evidence – trigger phase)
- ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – supported phase)
- ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ นำเสนอลงสู่การปฏิบัติเพื่อทดลองใช้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมและประเมินได้ (Evidence observed phase)
- ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ผลของการนำไปใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในด้านกระบวนการใช้และผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ (Evidance – based phase) โดยแต่ละขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1) สิ่งกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (Evidence – trigger phase)

การกำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ซึ่งได้มาจากแหล่งข้อมูล 2 แหล่ง ดังนี้

- 1.1) สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) จากประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านห้องคลอดเป็นระยะเวลา 8 ปี และรับผิดชอบงานการดูแลสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 26 สัปดาห์ เป็นต้นไป จนถึงในระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์พบสถิติการเกิดสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เข้ารับการรักษาและคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นจากในปี 2557 คิดเป็นอัตราร้อยละ 37 โดยสตรีตั้งครรภ์มักมาโรงพยาบาลเมื่อเจ็บครรภ์ถี่มาก ๆ ตรวจภายในแรกรับปากมดลูกมีการเปิดขยายเกิน 4 เซนติเมตร จึงเป็นผลให้การยับยั้งไม่ประสบผลสำเร็จ และจากรายงานเวชสถิติหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีสตรีตั้งครรภ์เข้ารับการรักษาด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

และให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ แต่พบว่า กลับมารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ถึงร้อยละ 42 (เวชสถิติหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ. 2557) ซึ่งผู้ศึกษาได้วิเคราะห์แผนการจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในเวชระเบียนที่จำหน่าย จำนวน 20 เวชระเบียน พบว่า ยังมีแนวปฏิบัติการพยาบาลและแผนการจำหน่ายที่ไม่ชัดเจนและเป็นแบบแผนเดียวกันโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สรุปได้ดังนี้

- (1) มีการให้ข้อมูล เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์และการพยาบาลที่เป็นลักษณะความเป็นปัจเจกบุคคล
- (2) มีการสอนการปฏิบัติตัวแต่ไม่ครอบคลุมทักษะการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง
- (3) หลังจำหน่ายผู้รับบริการได้รับคำแนะนำให้ไปฝากครรภ์ที่เดิมอย่างต่อเนื่อง แต่ห้องคลอดโรงพยาบาลสมุทรปราการยังไม่มีระบบการส่งต่อและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.2) สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าความรู้ (Knowledge triggers) จากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ คือรูปแบบการสนับสนุนให้เกิดความตระหนักและการให้ความรู้ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มพลังอำนาจให้กับสตรีตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง ได้แก่ การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทำให้สามารถยืดอายุของการตั้งครรภ์ให้ใกล้ครบกำหนดมากที่สุดได้ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็น 1 ใน 5 กลุ่มที่เป็นเข็มมุ่งของห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่จะพัฒนาการดูแลรักษาให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ปลอดภัย พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินและให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และจากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลห้องคลอดทำให้ระบุปัญหาได้อย่างชัดเจน จึงนำปัญหาดังกล่าวเข้าสู่วาระการประชุมประจำเดือนภายในหน่วยงาน พบว่า ที่ประชุมมีความเห็นในทางเดียวกันเกี่ยวกับปัญหาในเรื่องการประเมินปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้านไม่ครอบคลุม นอกจากนี้ยังไม่มี การส่งต่อและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – supported phase)

ผู้วิจัยได้ทบทวนและสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลต่าง ๆ หลากหลายแห่ง เพื่อค้นหาข้อมูลสนับสนุนปัญหาที่สนใจและเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์จากสถาบันต่าง ๆ ในประเทศไทย การสืบค้นด้วยมือจากวารสารเฉพาะที่เกี่ยวข้อง แนวปฏิบัติทางคลินิกระดับชาติ รายงานการปฏิบัติที่เป็นเลิศจาก

ผู้เชี่ยวชาญ และฐานข้อมูล ProQuest, PubMed และ Science direct แล้วนำมาสกัดความรู้เพื่อสร้างเป็นแนวปฏิบัติ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ PICO (Polit and Beck. 2004 อ้างถึงใน พงศ์ คำ ตีลกสกุลชัย. 2549) ในการกำหนดคำสำคัญสำหรับการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอื่น ๆ ที่มีอยู่ เพื่อให้ได้หลักฐานที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากที่สุดดังนี้

2.1) กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก การศึกษาในครั้งนี้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เอกสารอื่น ๆ ที่ตีพิมพ์ และเผยแพร่ตั้งแต่ พ.ศ. 2549-2559 หรือ ค.ศ. 2006-2016 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยใช้กรอบแนวคิดตามหลักของ PICO ดังนี้

P : Population or Problem (ปัญหาและกลุ่มประชากรที่สนใจ) คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

I : Intervention or area Interest (กิจกรรมและพื้นที่ที่จะศึกษา) คือ การประเมินภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

C : Comparison Intervention (กิจกรรมเปรียบเทียบ) ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีการเปรียบเทียบกับกิจกรรมอื่น ๆ

O : Outcome (ผลลัพธ์ที่ต้องการ) คือ แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้สามารถยืดอายุการตั้งครรภ์หรือตั้งครรภ์ให้ครบกำหนดได้

2.2) กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ในการสืบค้นเพื่อให้ได้ความหมายที่ครอบคลุมประชากรที่ต้องการศึกษา โดยให้คำสำคัญที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษดังนี้

ภาษาไทย : เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การพยาบาลสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การประเมินเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ภาษาอังกฤษ : Preterm labour, Preterm, Intervention of Preterm, Practice guideline for preterm labour, The management of preterm labour, Home care for preterm labour

2.3) กำหนดวิธีการสืบค้น แนวทางการคัดเลือก ผลการสืบค้นงานวิจัย ที่มีความน่าเชื่อถือ มีเกณฑ์คัดเลือกรงานวิจัยดังนี้

(1) ลักษณะงานวิจัยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

(2) ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

(3) ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย คือ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การประเมินภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

(4) ภาษาที่ใช้ในการตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษเท่านั้น

ผลการสืบค้นจากวิธีการที่กำหนดข้างต้น สืบค้นข้อมูลจากฐานอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ฐานข้อมูลต่าง ๆ รวม 7 ฐาน คือ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กรมอนามัย มหาวิทยาลัยบูรพา Pubmed, ThaiLis, ACOG, Sciencedirect, Thaijo, CINAHL ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งหมด 23 เรื่อง เมื่อพิจารณาแล้ว พบว่า หลักฐานมีความตรงต่อประเด็นที่ต้องการศึกษา และสามารถนำมาใช้ได้ จำนวน 15 เรื่อง และคัดออก 8 เรื่อง เนื่องจากงานวิจัยที่ถูกคัดออกไม่ได้มีข้อค้นพบที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องได้

สรุปผลการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งหมด 23 เรื่อง สามารถนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ 15 เรื่อง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แหล่งสืบค้น	จำนวนที่สืบค้น	จำนวนที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้
ห้องสมุดมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	5	0
ThaiLis	11	5
PUBMED	1	1
Sciencedirect	2	1
ACOG	2	0
กรมอนามัย	1	1
ห้องมหาวิทยาลัยบูรพา	2	2
Thaijo	5	4
CINAHL	3	1
รวม	32	15

คุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติภาพรวม พบว่า งานได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2554 มากที่สุด ร้อยละ 26.6 รองลงมา คือ ปี พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2555 ร้อยละ 20.0 13.3 ตามลำดับ และปี พ.ศ. 2550 2551 2552 2557 2558 ร้อยละ 6.6 เท่ากันทุกปี พ.ศ. ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์จำแนกตามปี พ.ศ. ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่

พ.ศ. ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่	วิทยานิพนธ์	
	จำนวน	ร้อยละ
2544	1	6.7
2550	1	6.7
2551	1	6.7
2552	1	6.7
2554	4	26.7
2555	2	13.3
2557	1	6.7
2558	1	6.7
2559	3	20.0
รวม	15	100

2.4) การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของ เมลนิก และไฟน์เอาท์-โอเวอร์ฮอลท์ (Melynk and Fineout-overholt. 2011) แบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ออกเป็น 7 ระดับ ได้แก่

ระดับ 1 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด (Randomized controlled trial) หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างจากหลักฐานที่มาจากทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Systematic review)

ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่ออกแบบวิจัยอย่างต่อน้อย 1 เรื่อง (Randomized Controlled Trial)

ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Controlled Trial without randomized)

ระดับ 4 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retro study) หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี

ระดับ 5 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Systematic review of descriptive and Qualitative studies)

ระดับ 6 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive and Qualitative studies)

ระดับ 7 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะและ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง (Opinion of authorities and/or reports of expert committees)

สรุปหลักเชิงประจักษ์ ทั้งหมด 15 เรื่อง นำมาจำแนกระดับความน่าเชื่อถือได้ดังนี้

ในภาพรวม พบว่า เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีการควบคุมแต่ไม่มีการสุ่ม (ความน่าเชื่อถือระดับ 3) มากที่สุด รองลงมาเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีการควบคุมและการสุ่ม (ความน่าเชื่อถือระดับ 2) ร้อยละ 33.3 การวิจัยแบบการศึกษาย้อนหลัง (ความน่าเชื่อถือระดับ 4) ร้อยละ 13.3 และการวิจัยเชิงบรรยายและการวิจัยเชิงคุณภาพ (ความน่าเชื่อถือระดับ 5) ร้อยละ 6.7 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามวิธีการศึกษา

วิธีการศึกษา	วิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ	
	จำนวน	ร้อยละ
การวิจัยกึ่งทดลองที่มีการควบคุมและการสุ่ม (ความน่าเชื่อถือระดับ 2)	5	33.3
การวิจัยกึ่งทดลองที่มีการควบคุมแต่ไม่มีการสุ่ม (ความน่าเชื่อถือระดับ 3)	7	46.7
การวิจัยแบบการศึกษาย้อนหลัง (ความน่าเชื่อถือระดับ 4)	2	13.3
การวิจัยเชิงบรรยายและการวิจัยเชิงคุณภาพ (ความน่าเชื่อถือระดับ 5)	1	6.7
รวม	15	100.00

ตารางที่ 5 แหล่งข้อมูล ชื่อผู้วิจัย ชื่องานวิจัยและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

แหล่งของ ฐานข้อมูล	ชื่อผู้วิจัย	หัวข้อ/เรื่อง	รูปแบบ/ระดับ
ห้องสมุด มหาวิทยาลัย บูรพา : วารสาร กองการพยาบาล	1. ระพี เณิมวุฒานนท์, เอี่ยมพร ราชภูติ และศิริรัตน์ โชติกสถิต (2559)	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การคลอดก่อนกำหนดของ หญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาล ระนอง จังหวัดระนอง	ระดับ 4 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น การศึกษาย้อนหลังหรือ การศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) ที่มี การออกแบบวิจัยอย่างดี
Thaijo	2. นวรัตน์ ไชยมพู่ (2559)	การพัฒนารูปแบบ การวางแผนจำหน่ายหญิง ตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด	ระดับ 2 เป็นหลักฐาน เชิงประจักษ์ที่ได้จากการ ทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่ม ควบคุมที่ออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง (Randomized Controlled Trial)
Thaijo	3. พรศิริ เสนอธีร์ และคณะ (2559)	การพัฒนารูปแบบ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อน กำหนด	ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้จากการทดลองที่มีการสุ่ม และมีกลุ่มควบคุมที่ออกแบบ วิจัยอย่างดีอย่างน้อย 1 เรื่อง (Randomized Controlled Trial)
Thaijo	4. สุพัตรา ปิ่นแก้ว และคณะ (2557)	ผลของโปรแกรมการดูแล สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อ ภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดต่ออัตรา การเกิดภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด	ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิง ประจักษ์ที่ได้จากการทดลอง ที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่ ออกแบบวิจัยอย่างดีอย่างน้อย 1 เรื่อง (Randomized Controlled Trial)
Thailis	5. สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล (2555)	ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดกับ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน ภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดในหญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่น	ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มี กลุ่มควบคุม มีการออกแบบ งานวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Non -Randomized Controlled Trial)

ตารางที่ 5 (ต่อ)

แหล่งของ ฐานข้อมูล	ชื่อผู้วิจัย	หัวข้อ/เรื่อง	รูปแบบ/ระดับ
กรมอนามัย	6. อุษา คงคา (2555)	ผลของโปรแกรมการเป็น ห้างหุ้นส่วนทางการพยาบาล ต่อการคลอดก่อนกำหนด ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงต่อการคลอดก่อน กำหนด	ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้จากการทดลองที่มีการสุ่ม และมีกลุ่มควบคุมที่ออกแบบ วิจัยอย่างดียิ่งน้อย 1 เรื่อง (Randomized Controlled Trial)
ห้องสมุด มหาวิทยาลัย บูรพา : วารสาร กองการพยาบาล	7. กัลยา กิติมา (2554)	ประสิทธิผลของการใช้แนว ปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดในสตรี มีครรภ์ที่มีความเสี่ยงคลินิก ฝากครรภ์ โรงพยาบาลลำพูน	ระดับ 4 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษา ย้อนหลังหรือการศึกษาติดตาม ไปข้างหน้า (Cohort study) ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี
Thailis	8. ณีฐธมณชน โกศัย, ฉวี เบาพรวง และกรรณิการ์ กันธรักษา (2554)	ประสิทธิผลของการใช้แนว ปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ การดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนด หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย	ระดับ 3 เป็นหลักฐาน เชิงประจักษ์ที่จากงานวิจัย เชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม (Non- Randomized Controlled Trial)
Thailis	9. ทิพสุดา น้อยแมน (2554)	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง พลังอำนาจต่อพฤติกรรม การป้องกันการคลอดก่อน กำหนดในหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นมุสลิม. สงขลา : สารพิมพ์พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิง ประจักษ์ที่จากงานวิจัยเชิง ทดลอง ที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม (Non- Randomized Controlled Trial)

ตารางที่ 5 (ต่อ)

แหล่งของ ฐานข้อมูล	ชื่อผู้วิจัย	หัวข้อ/เรื่อง	รูปแบบ/ระดับ
Thailis	10. รุ่งตะวันร์ม ช้อยจ่อหอ และคณะ (2552)	ผลของการบำบัดทางการ พยาบาลต่อการจัดการเพื่อ ป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด การกลับมารักษา ซ้ำและอายุครรภ์เมื่อคลอดใน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนด	ระดับ 3 เป็นหลักฐาน เชิงประจักษ์ที่จากงานวิจัย เชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม (Non- Randomized Controlled Trial)
Thailis	11. ถนิมพันธ์ ปันล้อม (2551)	ประสิทธิผลของการใช้แนว ปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกัน การเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยง ณ คลินิกฝากครรภ์ ในอำเภอแม่สะเรียง	ระดับ 3 เป็นหลักฐาน เชิงประจักษ์ที่จากงานวิจัย เชิงทดลอง ที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม (Non- Randomized Controlled Trial)
Thaijo	12. ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และคณะ (2550)	การสนับสนุนทางสังคม ความรู้และความสามารถในการ ดูแลตนเองของสตรี ตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด	ระดับ 5 เป็นหลักฐานที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรมอย่าง เป็นระบบของงานวิจัย เชิงบรรยายหรืองานวิจัย เชิงคุณภาพ (descriptive and qualitative study)
Pubmed	13. Christine Urquhart (2015)	Home uterine monitoring for detecting preterm labour	ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มี กลุ่มควบคุมมีการออกแบบ งานวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Non-Randomized Controlled Trial)
CINAHL	14. Li-Lan Chuang (2011)	The effectiveness of a relaxation training program for women with preterm labour on pregnancy outcomes : A controlled clinical trial	ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มี กลุ่มควบคุม มีการออกแบบ งานวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Non-Randomized Controlled Trial)

ตารางที่ 5 (ต่อ)

แหล่งของ ฐานข้อมูล	ชื่อผู้วิจัย	หัวข้อ/เรื่อง	รูปแบบ/ระดับ
Sciencedirect	15. Celine Goulet (2001)	A controlled clinical trial of home care management versus hospital care management for preterm labour	ระดับ 2 เป็นหลักฐาน เชิงประจักษ์ที่ได้จากการทดลอง ที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่ ออกแบบวิจัยอย่างดีอย่างน้อย 1 เรื่อง (Randomized Controlled Trial)

2.5) การสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

การศึกษาครั้งนี้เมื่อได้งานวิจัย จำนวน 15 เรื่อง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัยเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยนำแต่ละเรื่องมาอ่านทั้งหมดเพื่อทำความเข้าใจและตีความข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากนั้นนำมาแยกใส่ตารางที่แสดงผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ชื่อเรื่อง ระดับงานวิจัย วัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง ระเบียบวิธีวิจัย เครื่องมือที่ใช้ สถานที่ ผลการศึกษา และสรุปการนำไปใช้ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 วิเคราะห์งานวิจัยที่สืบค้น

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ ชื่อเรื่อง	ณัฐธมณท์ โกศัย, ฉวี เบาทรวง และกรรมกร กันระรักษา (2554) ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย
ระดับงานวิจัย	ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Non-Randomized Controlled Trial)
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลสุโขทัย
กลุ่มตัวอย่าง	สตรีตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 28-37 สัปดาห์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับการดูแลตามปกติ ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 89 คน และกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 110 คน
ระเบียบวิธีวิจัย	การเก็บรวบรวมข้อมูล : 1. กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 89 คน และสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 110 คน

ตารางที่ 6 (ต่อ)

	2. ดำเนินการศึกษาตามขั้นตอนของสมาคมพยาบาลออนตาริโอ (Registered Nurse Association of Ontario, 2002) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนด สัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ และสัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำ ด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบความน่าจะเป็นของฟิชเชอร์
เครื่องมือที่ใช้	1. แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2550 2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ แบบบันทึกจำนวนการเกิดการคลอดก่อนกำหนด แบบบันทึกจำนวนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ แบบบันทึกจำนวนสตรีตั้งครรภ์ในการกลับมารักษา ซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ผลการวิจัย	สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีสัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า และสัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่สัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำ พบว่าไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพได้
สรุปเพื่อนำไปใช้	แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2550 โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบบันทึกจำนวนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ แบบบันทึกจำนวนสตรีตั้งครรภ์ในการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดทั้งหมดของงานวิจัยที่ได้ศึกษาที่ภาคผนวก ฉ

2.6) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้วิจัยนำผลการวิจัยจากตารางทั้งหมดมาสังเคราะห์ สกัดข้อมูลส่วนที่จะนำไปใช้เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยกลับมาทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 2 ศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไปใช้ โดยผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องคลอด จำนวน 30 ราย

1) ลักษณะของสถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด และมีบุคลากรปฏิบัติ ให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 26 สัปดาห์เป็นต้นไป โดยมีแพทย์เฉพาะทาง สูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 8 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 8 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ จำนวน 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 ท่าน พยาบาลเทคนิค จำนวน 2 ท่าน

2) การดำเนินการวิจัย

2.1) ประชุมพยาบาลวิชาชีพชำนาญการเพื่ออธิบายรายละเอียดของแนวปฏิบัติ

2.2) เมื่อมีสตรีตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้ามารักษาให้สตรีตั้งครรภ์ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการแบ่งระดับความเสี่ยง เป็น 2 ระดับ โดยวัดจากค่าคะแนน คือ มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ำและถ้าคะแนนน้อยกว่า 23 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูง

2.3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการแยกกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำและกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูงตามเกณฑ์ของแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำจะให้การพยาบาล ดังนี้ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำตามความพร้อมของสตรีตั้งครรภ์ที่ทำแบบสอบถาม ส่วนที่ 4 2) แนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านตามสมุดคู่มือสำหรับดูแลคุณแม่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) สอนเรื่องการนับการดิ้นของทารกในครรภ์ และ 4) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ หลังจำหน่ายครบ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง ตามแบบฟอร์มติดตามเยี่ยมและดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อสอบถามปัญหาและให้คำแนะนำ วิธีการแก้ไขปัญหาจากนั้นติดตามเยี่ยมที่แผนกฝากครรภ์ 1 ครั้ง หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ และทำแบบสอบถามส่วนที่ 4 เพื่อประเมินพฤติกรรมซ้ำ

ส่วนในกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง จะให้การพยาบาลเหมือนกับเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ โดยมีการเพิ่มเติม คือ 1) ให้สตรีตั้งครรภ์ติดต่อทางโทรศัพท์ โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอดเวลาเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลด้านความรู้ในการดูแลตนเอง การสังเกตการณ์เจ็บครรภ์ การหดรัดตัวของมดลูกจนกว่าจะคลอด หรือโทรศัพท์สอบถามอาการโดยตรง 2) สอนใช้แบบบันทึกการการหดรัดตัว และแบบลงบันทึกการนับลูกดิ้นกลับไปบันทึกที่บ้าน 3) ติดตามดูแลแบบบันทึกการหดรัดตัวของมดลูก และแบบบันทึกการดิ้นของทารกจากแอปพลิเคชันไลน์และที่แผนกฝากครรภ์ในครั้งที่ 1 4) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าจะคลอด

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยง อัตราการกลับมาเป็นซ้ำ โดยคิดหาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันการเกิดการเจ็บคลอตก่อนกำหนด อย่างต่อเนื่อง และอายุครรภ์ที่คลอดระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test

3.6 จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.516/2560 (ภาคผนวก ก) และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลสมุทรปราการ เอกสารรับรอง เลขที่ 8/2560 และผู้วิจัยทำการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยจัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างอ่านก่อนเข้าร่วมทำวิจัย โดยการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยแม้อยู่ในขั้นตอนใดของการวิจัย ผู้วิจัยยินดียุติการวิจัยโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำมาใช้สำหรับการวิจัยเท่านั้น โดยการนำเสนองานวิจัยในภาพรวมขณะให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและนำใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup. 2000 : 301-309) แบ่งการนำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง และระยะที่ 2 ศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไปใช้ ดังนี้

4.1 ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

4.1.1 ผลการสังเคราะห์งานวิจัย จำนวน 15 เรื่อง

1) ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

1.1) ด้านลักษณะประชากร

(1) อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยการศึกษาของ อุษาคงคา (2550) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพสุดา น้อยแมน (2554) เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม พบสตรีกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอายุเฉลี่ย 18.6 ปี (S.D.=0.85)

(2) ระดับการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษา ($r=0.20$, $p<0.05$) และความรู้ในการดูแลตนเอง ($r=0.79$, $p<0.01$) มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ระพี เกลิมวุฒานนท์ และคณะ. 2559 : 291 – 298) นอกจากนี้การศึกษาของ พรศิริ เสนอธีริ และคณะ (2559 : 164-173) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาสอดคล้องกับ ฉวีวรรณ อยู่สำราญ (2550 : 60 – 72) กล่าวว่า การศึกษาที่สูงจะทำให้ สตรีตั้งครรภ์เข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การมีพัฒนาการ ความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง

(3) รายได้ครอบครัว มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดซึ่งจากการศึกษาของ ทิพสุดา น้อยแมน (2554) เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม พบว่า ส่วนใหญ่ครอบครัวสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ทำให้รายได้ในครอบครัวไม่เพียงพออาจทำให้สุขภาพมารดาไม่ดี มีภาวะทุพโภชนาการรวมทั้งพักผ่อนไม่เพียงพอสอดคล้องกับ นวรัตน์ ไชยมธุ (2559 : 114-128) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท และประกอบอาชีพแม่บ้าน นอกจากนี้การศึกษาของ พรศิริ เสนอธีริ และคณะ (2559 : 164-173) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท

1.2) ด้านประวัติสูติกรรม พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ภาวะน้ำตาลก่อนกำหนด ร้อยละ 30 ครรภ์แฝด ร้อยละ 10 ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ ร้อยละ 40 รกเกาะต่ำ ร้อยละ 10 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงที่ไม่สามารถเลี่ยงได้ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (กัลยา กิติมา. 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ ระพี เฉลิมวุฒานนท์ (2559 : 291-298) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลระนอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ ประวัติการคลอดก่อนกำหนดครรภ์ก่อน ($X^2 = 15.82, p = 0.000$) การตั้งครรภ์แฝด ($X^2 = 14.71, p = 0.000$)

1.3) ด้านภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในขณะตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์น้อยกว่าปกติเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด ($X^2=0.13, p=0.022$) (ระพี เฉลิมวุฒานนท์. 2559 : 291-298) และสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 0.1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ เป็นกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมากที่สุด (อุษา คงคา. 2555 : 54-64) สอดคล้องกับ ทิพสุดา นุ้ยแมน (2554) ทำการศึกษา พบว่า ปัญหาของหญิงตั้งครรภ์มุสลิมบางส่วนมีการดูแลสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กล่าวคือ บริโภคอาหารที่ต่ำกว่าเกณฑ์ เนื่องจากมีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารมากและการรับประทานยาบำรุง มีผลทำให้เด็กในครรภ์ตัวโตและคลอดยาก การงดรับประทานอาหารในช่วงถือศีลอด การแต่งงานเร็ว ไม่มาพบแพทย์เมื่อมีภาวะผิดปกติ ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์

1.4) ด้านวิถีการดำเนินชีวิต เป็นปัจจัยเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ทางด้านกายภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในด้านการทำงานหนักเป็นประจำ ส่งผลให้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($p<0.05$) (สุพัตรา ปิ่นแก้ว. 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุษา คงคา. 2555) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานหนักได้จะมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือลดการทำงานหนักได้ และการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ($X^2 = 34.75, p = 0.001$) (ระพี เฉลิมวุฒานนท์. 2559 : 291-298)

1.5) ด้านภาวะด้านจิตใจความเครียดความวิตกกังวลที่อาจจะต้องทำให้ยุติการตั้งครรภ์ หรือส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ต้องเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์มีโรคแทรกซ้อน จากการตั้งครรภ์ทางอายุรกรรม ประวัติเคยได้รับอุบัติเหตุ การตั้งครรภ์เดี่ยวหรือหย่าร้างกับสามี ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด การศึกษาของ Celine Goulet (2001) ที่ศึกษาความแตกต่างระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการดูแลที่บ้านและกลุ่มที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล ถึงการรับรู้ ความเครียดจากการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว จำนวน 250 ราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ถูก กำกับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจะมีความเครียดมากกว่าการดูแลจากสามีและคนใน ครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และคณะ (2550) ได้ศึกษาการสนับสนุน ทางสังคม ความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ($r=.55, P<.001$) สามีมี อิทธิพลอย่างมากในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ไม่ให้เครียด ได้รับความรัก ไม่ให้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2) การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแนวทางป้องกันสตรี ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

2.1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) มีจุดประสงค์เพื่อป้องกัน และลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายทั้งก่อนและ ระหว่างตั้งครรภ์

2.2) การดูแลระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) จะมุ่งเน้นที่การรักษาหรือ ลดความเสี่ยงในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.3) การป้องกันในระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) คือ การดูแลรักษาเมื่อมี อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการให้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกและการให้ยากระตุ้น การเจริญของปอดทารกจนสำเร็จสตรีตั้งครรภ์จะได้จำหน่ายกลับบ้านเพื่อตั้งครรภ์ต่อไปจนครบ กำหนดหรือเกือบครบกำหนด ผู้วิจัยได้ศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มนี้ พบว่า 1) การให้การพยาบาลในระยะจำหน่ายและติดตามเยี่ยมผู้คลอดหลังจำหน่าย โดยการให้ ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยให้สามีมีส่วนร่วม (พรศิริ เสนอศิริ และคณะ. 2559 : 164-173) 2) การนำคู่มือให้หญิงตั้งครรภ์วัยกลุ่มมุสลิมไปปฏิบัติที่บ้าน เป็นประโยชน์ช่วยให้ มีพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างเหมาะสมและเสริมสร้างให้เกิดความมั่นใจ ในการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ทิพย์สุดา น้อยแมน. 2554 ; กัลยา กิติมา. 2554) ร่วมกับ 3) การติดตามการหดตัวของมดลูกโดยใช้แบบบันทึกการหดตัวของมดลูก ซึ่งการติดตามการหด ตัวของมดลูกที่บ้านยังช่วยลดความเสี่ยงในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทำให้มาพบแพทย์ได้ อย่างรวดเร็วทันเวลา (สุพัตรา ปิ่นแก้ว. 2557 : 58-71 ; กัลยา กิติมา. 2554 ; Christine Urquhart.

2015) และ 4) การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อเน้นย้ำให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองมีประโยชน์ในการลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดโดยการค้นหาผู้มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสามารถให้การรักษาดังแต่ในระยะเวลาเริ่มต้น (กัลยา กิติมา. 2554 ; ทิพย์สุตา น้อยแมน. 2554 ; พรศิริ เสนอธีริ และคณะ. 2559 : 164-173 ; สุพัตรา ปิ่นแก้ว. 2557: 58-71 ; อุษา คงคา. 2555 : 54-64) สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งตวรรณ ช้อยจ่อหอ (2552 : 39-48) ได้ศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อการจัดการเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์ การกลับมารักษาซ้ำและอายุครรภ์เมื่อคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า คะแนนการจัดการเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ได้รับการติดตามต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มที่ได้รับความช่วยเหลือเมื่ออยู่โรงพยาบาลอย่างเดียวและไม่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ปัญหายังคงอยู่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในปัจจุบันเทคโนโลยี การใช้โทรศัพท์ การใช้อินเทอร์เน็ตเป็นไปอย่างแพร่หลายมีแอปพลิเคชันไลน์ทำให้สามารถเพิ่มช่องทางการติดตามเยี่ยมและสามารถพิมพ์สนทนาโต้ตอบโดยลักษณะคำถามที่ใช้ตามแบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่ประยุกต์ขึ้นมาใช้ในการวินิจฉัยปัญหาและและช่วยแก้ไข้ปัญหาได้

4.1.2 แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์งานวิจัย จำนวน 15 เรื่อง

นำมาสร้างแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง



4.2 ระยะเวลาที่ 2 ศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไปใช้

ผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไปใช้ดังนี้

4.2.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ มีอายุ 18 – 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่มีสถานะภาพแต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 53.3 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 25.0–29.9 (น้ำหนักเกิน) คิดเป็นร้อยละ 46.6 การศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 46.6 อาชีพส่วนใหญ่ในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติฯ เป็นอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.3 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 86.6 กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ จะพักอาศัยอยู่กับสามี ร้อยละ 53.3 และส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 53.3 ดังแสดงในตารางที่ 7

ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติส่วนใหญ่ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ มีอายุ 18–35 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.3 สถานะภาพแต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 53.3 มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 25.0 – 29.9 (น้ำหนักเกิน) คิดเป็นร้อยละ 60.0 การศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.0 อาชีพในกลุ่มไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 60 รายได้ของครอบครัว/เดือน มากกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 73.3 พักอาศัยอยู่กับสามี ร้อยละ 60.0 และส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลังคิดเป็นร้อยละ 53.3 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้แนวปฏิบัติฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำแนกตามลักษณะทั่วไป (n=30)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มที่ใช้		กลุ่มที่ได้รับ	
	แนวปฏิบัติฯ (n=15)	ร้อยละ	การดูแลตามปกติ (n=15)	ร้อยละ
อายุ				
- น้อยกว่า 18 ปี	6	40.0	3	20.0
- 18 – 35 ปี	8	53.3	11	73.3
- มากกว่า 35 ปี	1	6.6	1	6.6

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มที่ใช้		กลุ่มที่ได้รับ	
	แนวปฏิบัติ (n=15)	ร้อยละ	การดูแลตามปกติ (n=15)	ร้อยละ
สถานภาพ				
- แต่งงานและอยู่ด้วยกัน	8	53.3	8	53.3
- อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน	5	33.3	6	40.0
- หย่าร้าง/เลิกรา	1	6.6	0	0
ค่าดัชนีมวลกาย(BMI)				
- 18.5 – 24.9 (ปกติ)	6	40.0	4	26.6
- 25.0 – 29.9 (น้ำหนักเกิน)	7	46.6	9	60.0
- 30.0 – 39.9 (อ้วน)	2	13.3	2	13.3
ระดับการศึกษา				
- ประถมศึกษา	7	46.6	6	40.0
- มัธยมศึกษา	4	26.6	6	40.0
- อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	3	20.0	3	20.0
- ปริญญาตรี	1	6.6	0	0
อาชีพ				
- แม่บ้าน	7	46.6	9	60.0
- รับจ้าง	8	53.3	5	33.3
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0	1	6.6
รายได้ครอบครัว/เดือน				
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท	2	13.3	4	26.6
- มากกว่า 15,000 บาท	13	86.6	11	73.3
พักอาศัยกับบุคคล				
- ครอบครัวตนเอง	4	26.6	3	20.0
- ครอบครัวสามี	3	20.0	2	13.3
- สามี	8	53.3	9	60.0
- เพื่อน	0	0	1	6.6

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มที่ใช้		กลุ่มที่ได้รับ	
	แนวปฏิบัติ (n=15)	ร้อยละ	การดูแลตามปกติ (n=15)	ร้อยละ
การตั้งครรภ์				
- ครรภ์แรก	7	46.6	5	33.3
- ครรภ์หลัง	8	53.3	10	66.6

4.2.2 ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มของสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้แนวปฏิบัติ พบปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 คือ การดื่มเครื่องดื่มมีกาเฟอีน คิดเป็นร้อยละ 53.3 ปัจจัยเสี่ยงอันดับ 2 คือ อายุและการศึกษาต่ำกว่ามัธยม คิดเป็นร้อยละ 46.6 และปัจจัยเสี่ยงอันดับที่ 3 คือ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 26.6

ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า การดื่มเครื่องดื่มมีกาเฟอีน เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 46.3 ปัจจัยการศึกษาต่ำกว่ามัธยมเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 40 และปัจจัยเสี่ยง อายุ รายได้ครอบครัวและประวัติการแท้ง เป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 26.6 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำแนกตามความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n=30)

ความเสี่ยง	กลุ่มที่ใช้		กลุ่มที่ได้รับ	
	แนวปฏิบัติ (n=15)	ร้อยละ	การดูแลตามปกติ (n=15)	ร้อยละ
อายุ <18 ปี หรือ >35 ปี	7	46.6	4	26.6
การศึกษาต่ำกว่ามัธยม	7	46.6	6	40.0
รายได้ครอบครัว < 15,000 /เดือน	2	13.3	4	26.6
ประวัติคลอดก่อนกำหนด	2	13.3	3	20.0
ประวัติแท้ง	2	13.3	4	26.6
ภาวะซีด	3	20.0	3	20.0

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ความเสี่ยง	กลุ่มที่ใช้		กลุ่มที่ได้รับ	
	แนวปฏิบัติ (n=15)	ร้อยละ	การดูแลตามปกติ (n=15)	ร้อยละ
ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ	4	26.6	3	20.0
สูบบุหรี่	0	0	1	6.6
ดื่มเครื่องดื่มมีกาเฟอีน	8	53.3	7	46.6
ค่า BMI > 30 kgm ²	3	20.0	2	13.3
ค่า BMI < 20kgm ²	1	6.6	0	0
ทำงาน > 8 ชม./สัปดาห์	2	13.3	3	20.0

4.2.3 การสรุปแยกประเภทของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

พบว่า ในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ มีจำนวนสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ ร้อยละ 73.3 เสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง ร้อยละ 26.7 และในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีจำนวนสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ ร้อยละ 60 และเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง ร้อยละ 40 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำแนกตามกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำและกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง (n=30)

ประเภทกลุ่มเสี่ยง	กลุ่มที่ใช้		กลุ่มที่ได้รับ	
	แนวปฏิบัติ (n=15)	ร้อยละ	การดูแลตามปกติ (n=15)	ร้อยละ
กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ	11	73.3	9	60
กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง	4	26.7	6	40

4.2.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดการเจ็บคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=30)

กลุ่มตัวอย่าง	การเปรียบเทียบ	n	Mean	S.D.	t	p
กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ	Pre test	15	35.3	2.98	1.42	0.156
	Post test		39.6	2.38	1.46	
กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ	Pre test	15	33.8	4.34	1.42	0.155
	Post test		38.1	3.06	1.46	

4.2.5 อัตราการกลับมารับการรักษารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ มีอัตราการกลับมารับการรักษารักษาซ้ำ ร้อยละ 20 และคลอด ร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีอัตราการกลับมารับการรักษารักษาซ้ำ ร้อยละ 40 และคลอด ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของการกลับมารับการรักษารักษาซ้ำและคลอด (n = 30)

กลุ่ม	n	จำนวน		จำนวน คลอด	ร้อยละ
		การกลับมา รับการรักษารักษาซ้ำ	ร้อยละ		
กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ	15	3	20	1	33.3
กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ	15	6	40	6	100

4.2.6 การเปรียบเทียบอายุครรภ์ที่คลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ สามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบอายุครรภ์ที่คลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง (n=30)

กลุ่ม	n	ค่าเฉลี่ยอายุครรภ์	S.D.	t	p
กลุ่มใช้แนวปฏิบัติฯ	15	38.03	1.02	-2.10	0.044
กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ	15	36.97	1.65		

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและนำใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000 : 301-309) เป็นแนวทางหลักสามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะจากการวิจัยได้ดังนี้

5.1.1 ระยะเวลาที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีสิ่งกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัย พบว่า จากสถิติสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีการกลับมารับการรักษาซ้ำแล้วคลอดเมื่ออายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด มีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยสาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และห้องคลอดโรงพยาบาลสมุทรปราการ ยังไม่มีแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ชัดเจนจึงสนใจศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องนี้

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และการทบทวนวรรณกรรมตามคำสำคัญที่กำหนดได้งานวิจัยและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ตามเกณฑ์ที่กำหนดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550–2557 และ ค.ศ. 2001–2015 ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งหมด 23 เรื่อง ตรงตามวัตถุประสงค์ จำนวน 15 เรื่อง และได้รับการวิเคราะห์ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของ มิวนิก และไฟเอทไอโอเวอร์ฮอลท์ หลักฐานระดับ 2 จำนวน 5 เรื่อง หลักฐานระดับ 3 จำนวน 7 เรื่อง หลักฐานระดับ 4 จำนวน 2 เรื่อง และหลักฐานระดับ 5 จำนวน 1 เรื่อง นำหลักฐานทั้งหมดมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสกัดความรู้เพื่อรวบรวมนำมาออกแบบแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง กลุ่มเป้าหมายที่ใช้แนวปฏิบัติ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การประเมินการค้นหาและจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมทั้งการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้แบบเก็บข้อมูลแยกเป็น 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง มีรายละเอียดดังนี้

- 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพ น้ำหนัก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยและข้อมูลที่พักอาศัย เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินและให้การพยาบาล
- 2) แบบซักประวัติและตรวจร่างกายรวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลตรวจเครื่องมือพิเศษ
- 3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยแบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 2 ระดับ คือ เสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ โดยพบความเสี่ยงน้อยกว่า 3 ด้าน ในแบบประเมินและเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง คือ พบ ความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ด้านในแบบประเมิน
- 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังกั้นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 2 ระดับ คือ พฤติกรรมกำบังกั้นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีคะแนนเต็ม 45 คะแนน สตรีตั้งครรภ์ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ำ และถ้าคะแนนน้อยกว่า 23 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูง

ส่วนที่ 2 การพยาบาลในห้องคลอดและวางแผนการจำหน่าย

แบบสรุปปัญหาและการพยาบาลที่ได้รับโดยจะแยกระดับความเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงสูงดังนี้

กลุ่มเสี่ยงต่ำ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการทำแบบประเมินความเสี่ยงต่ำ และมีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่ำ ได้รับการพยาบาล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ตามความพร้อมของสตรีตั้งครรภ์ที่ทำแบบประเมินเรื่องพฤติกรรมตามแบบแผนการสอน แนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านตามสมุดคู่มือดูแลคุณแม่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเน้นเรื่องการน้บลูกดั้น

กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการทำแบบประเมินความเสี่ยงต่ำ แต่มีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง หรือสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการทำแบบประเมินความเสี่ยงสูงและมีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่ำ หรือสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการทำแบบประเมินความเสี่ยงสูงและมีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง ให้การดูแลตามแบบกลุ่มเสี่ยงต่ำ แต่เพิ่มช่องทางให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องให้ติดต่อทางโทรศัพท์ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอดเวลาเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลด้านความรู้

ในการดูแลตนเอง การสังเกตอาการเจ็บครรภ์ ระยะเวลาการหดตัวของมดลูก หรือโทรศัพท์สอบถามอาการโดยตรง และสอนให้ใช้แบบบันทึกการหดตัว

ส่วนที่ 3 การติดตามดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

กลุ่มเสี่ยงต่ำ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายครบ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง และจะติดตามเยี่ยมอีก 1 ครั้ง ที่แผนกฝากครรภ์หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ พร้อมให้ทำแบบประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แล้วติดตามอายุครรภ์เมื่อคลอด

กลุ่มเสี่ยงสูง ติดตามเยี่ยมและทำแบบประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเหมือนกับกลุ่มเสี่ยงต่ำ แต่จะเพิ่มเติมคือการติดตามดูแลแบบบันทึกการหดตัวของมดลูก แบบบันทึกการเดินของทารก และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าจะคลอดโดยสอบถามแบบการเยี่ยมบ้าน

หลังจากนั้นติดตามผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไปใช้ ได้แก่ คะแนนพฤติกรรมป้องกันการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน อัตราการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอายุครรภ์ที่คลอด

5.1.2 ระยะเวลาที่ 2 การศึกษาผลของการทดลองใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยนำแนวปฏิบัติใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 15 ราย โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการดูแลตามปกติ จำนวน 15 ราย พบประเด็นดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 สถานภาพแต่งงานและอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 53.3 มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 25.0-29.9 (น้ำหนักเกิน) คิดเป็นร้อยละ 46.6 ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยม คิดเป็นร้อยละ 46.6 ส่วนใหญ่ทำอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 53.3 มีรายได้ครอบครัว/เดือน มากกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 86.8 สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลังและพักอาศัยอยู่กับสามี เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 53.3 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม

2) ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มของสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง พบปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 คือ การดื่มเครื่องดื่มมีกาเฟอีน คิดเป็นร้อยละ 53.3 ปัจจัยเสี่ยงอันดับ 2 คือ อายุ และการศึกษาต่ำกว่ามัธยม คิดเป็นร้อยละ 46.6 และปัจจัยเสี่ยงอันดับ 3 คือ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 26.6

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บคลอตก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4) อัตราการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีอัตราการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ ร้อยละ 20 และคลอตร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำ ร้อยละ 40 และคลอตร้อยละ 100

5) เปรียบเทียบอายุครรภ์ที่คลอตก่อนคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง สามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนด แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2 การอภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ได้เนื่องจากกระบวนการสร้างแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง มีการใช้กระบวนการตามรูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup. 2000 : 301 - 309) ซึ่งเป็นกระบวนการสืบค้นที่ทำให้ได้หลักฐานที่สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการศึกษา เพราะมีลักษณะสำคัญที่มีความเฉพาะเจาะจง ระบุปัญหา/การรักษา ระบุการเปรียบเทียบ และระบุผลลัพธ์ในข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ และเมื่อได้งานวิจัยที่ตรงกับประเด็นปัญหาแล้ว มีการประเมินว่างานวิจัยที่ได้มีคุณภาพมากพอที่จะนำมาสังเคราะห์ ซึ่งงานวิจัยทั้ง 15 เรื่อง ส่วนใหญ่คุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับ 2-3 ซึ่งการสร้างแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือในทางคลินิกต้องใช้งานวิจัยที่มีระดับ 1-3 เพราะเป็นงานวิจัยที่มีการออกแบบงานวิจัยและควบคุมตัวแปรได้เป็นอย่างดี (Melynk and Fineout-overholt. 2005 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549)

2. แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ที่สร้างขึ้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ 1) กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง มีอัตราการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ ร้อยละ 20 และคลอตร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีอัตราการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ ร้อยละ 40 และคลอตร้อยละ 100 และ 3) อายุครรภ์ที่คลอตก่อนคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอตก่อน

ก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง สามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนด แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นเป็นการให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลในห้องคลอดและดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน โดยประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ในห้องคลอด คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำตามความพร้อมที่ได้จากการทำแบบประเมินเรื่องพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งการให้ความรู้ตามสถานการณ์ของสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายทำให้การพยาบาลได้ตรงตามปัญหาและความต้องการ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติตนได้ สอดคล้องกับ ทิพย์สุดา นุ้ยมัน (2554) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม โดยให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ และได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคลร่วมกับการพยาบาลตามปกติ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอกจากนี้ยังมีการแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านตามสมุดคู่มือดูแลคุณแม่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งคู่มือนี้ ประกอบด้วย การแนะนำอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอด ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองเมื่อกลับไปบ้าน และมีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับวิธีการน้บลูกดั้น และการประเมินการหดตัวของมดลูก พร้อมการบันทึกการน้บลูกดั้นในสมุดของตนเอง ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถค้นพบอาการหดตัวของมดลูก ซึ่งเป็นอาการสำคัญก่อนจะมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของโคลตัน และคณะ (Colton et al. 1995 อ้างถึงใน สุพัตรา ปิ่นแก้ว และคณะ. 2557 : 58-71) มีการทบทวนงานวิจัย พบว่า การใช้ระบบการติดตามการหดตัวของมดลูกที่บ้านช่วยลดอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดลงได้ ถึงร้อยละ 5 สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งตวรรษ ช้อยจ่อหอ. (2552 : 39-48) พบว่า การสอนเรื่องการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาการที่ต้องมาพบแพทย์ สอนการน้บลูกดั้น และลงแบบบันทึกการดั้นของทารก และให้สมุดคู่มือสำหรับดูแลคุณแม่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน ทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถประเมินตนเองได้ว่าจะมาพบแพทย์หรือไม่หากมีอาการเจ็บครรภ์ซ้ำ และยังพบว่า ร้อยละของการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติพบเพียง ร้อยละ 20 เท่านั้น ประกอบกับในแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องมีการเพิ่มช่องทางให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดติดต่อทางโทรศัพท์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอดเวลา

ซึ่งแอปพลิเคชันไลน์สามารถติดตามเยี่ยม ให้การดูแลและแก้ไขปัญหาได้แบบเฉพาะเจาะจงตรงตามบุคคล มีความรวดเร็วในการให้การพยาบาลและสามารถส่งข้อมูลแบบบันทึกการหดตัวของมดลูกเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการประเมินสภาพปัญหาได้ อีกทั้งไม่เสียเวลา ไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม มีความสะดวก สตรีตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพราะมีผู้รู้ที่คอยดูแลอยู่ตลอดเวลา และมีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งสอบถาม และให้การพยาบาลตามความต้องการ ซึ่งการเพิ่มช่องทางการสื่อสาร จะทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ทันที

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

1) แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นที่ห้องคลอดสามารถส่งต่อไปยังพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อเกิดการดูแลต่อเนื่อง

2) นำเสนอแนวปฏิบัติในเชิงนโยบายให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีการต่อยอดไปสู่หน่วยงานเวชกรรมสังคมหรือหน่วยงานเวชปฏิบัติชุมชน

3) นำแนวปฏิบัติให้พยาบาลวิชาชีพใช้เพื่อวัดความพึงพอใจในการใช้การปฏิบัติ

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการพัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ใช้บริการที่มีภาวะเสี่ยงแต่ยังไม่เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติเปรียบเทียบการลดลงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งนำไปสู่ความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้มากขึ้น

2) การเปรียบเทียบพฤติกรรมควรเพิ่มระยะเวลาในการวัดผลเนื่องจากว่าการทำวิจัยครั้งนี้ วัดผลหลังให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและวัดผลซ้ำเพียง 1 อาทิตย์ จึงทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของทั้งสองกลุ่ม

บรรณานุกรม

- กัลยา กิติมา. (2554) **ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงคลินิกฝากครรภ์** โรงพยาบาลลำพูน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาผดุงครรภ์ชั้นสูง) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรเนาว์ ทศศรี. (2545) **การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด**. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ฉวีวรรณ อยู่สำราญ. (2550) “การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” **วารสารพยาบาล**. 22 (1) หน้า 60-72.
- ณัฐธรมณต์ โกศัย. (2553) **ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด**. หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย. การค้นคว้าแบบอิสระ พย.ม. (สาขาวิชาผดุงครรภ์ชั้นสูง) เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ถนิมนันท์ ปันล่อม. (2551) **ประสิทธิผลของการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ณ คลินิกฝากครรภ์ในอำเภอ แม่สะเรียง**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาผดุงครรภ์ชั้นสูง) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพย์สุดา น้อยแมน. (2554) **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาผดุงครรภ์ชั้นสูง) สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เทียรทอง นิมศิริ. (2553) **ความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธราธิป โคละทัต. (2551) “ผลกระทบของคลอดก่อนกำหนด” ใน **การบูรณาการระบบดูแลสุขภาพมารดาและทารก**. ธราธิป โคละทัต, บรรณาธิการ. หน้า 114-120. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล. (2555) **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาผดุงครรภ์ชั้นสูง) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ธีระพงศ์ เจริญวิทย์. (2550) **สูติศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส.พรีนติ้งเฮ้าส์.
- ธีระ ทองสง. (2555) **สูติศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. เชียงใหม่ : ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา.
- นวรรตน์ ไชยมภู. (2559) “การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**. 2 (3) หน้า 114-128.
- ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์. (2554) “สาเหตุและการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” ใน **สูตินรีเวชทันยุค (OB-GYN in practice 2011)**. ประสงค์ ตันมหาสมุทร และคณะ, บรรณาธิการ. หน้า 109-124. กรุงเทพมหานคร : พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- ปิยะพร ศิษย์ตุลอนันต์. (2550) “การพยาบาลสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอด” **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 25 (2) หน้า 4-12.
- ปิยาณี นักบุญ. (2554) **การพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของงานห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง) ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรศิริ เสนอศิริ. (เมษายน - มิถุนายน 2559) “การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด” **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**. 34 (2) หน้า 164-173.
- ปัญญา พันธุ์บุรณะ และวินิต พัวประดิษฐ์. (2540) “การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” ใน **สูติศาสตร์รามาริบัติ 2**. ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ และคณะ, บรรณาธิการ. หน้า 219-257. กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติก แพ็บลิชชิง.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549) **การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์**. นครปฐม : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. (2553) **แนวทางเวชปฏิบัติในการดูรักษา สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พ.ศ. 2553**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รจนา ประณีตพลกรัง. (2551) **การใช้เทคนิคควบคุมลมหายใจแบบโยคะเพื่อลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด**. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ระพี เฉลิมภูฒานนท์. (2559) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง” **วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11**. 30 (4) หน้า 291-298.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- รุ่งตววรรณ ช้อยจ่อหอ และคณะ. (2552) “ผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อการจัดการเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การกลับมารักษาซ้ำและอายุครรภ์เมื่อคลอด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” วารสารพยาบาลศาสตร์. 27 (Supplement) หน้า 39-48.
- วรรณช ไชยวาน. (2555) การรับรู้และการจัดการด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาผดุงครรภ์ชั้นสูง) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรวงศ์ ภู่งศ์. (2551) “การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด” ใน เวชศาสตร์มารดาและทารก ในครรภ์. เอื้อน ตันนินันดร และวรวงศ์ ภู่งศ์, บรรณาธิการ. หน้า 42-60. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี.
- วิภาภรณ์ ดีปลาคะ. (2548) การเปลี่ยนแปลงสิ่งก่อความเครียดของสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลสตรี) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เวชสถิติหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ. (2557) รายงานเวชสถิติหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ประจำปี 2557. สมุทรปราการ : โรงพยาบาลสมุทรปราการ.
- _____. (2558) รายงานเวชสถิติหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ประจำปี 2558. สมุทรปราการ : โรงพยาบาลสมุทรปราการ.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2557) “การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 22 (1) หน้า 27-38.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2552) การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3. กรุงเทพมหานคร : ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- สภาการพยาบาล. (2552) “ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาต่าง ๆ” ราชกิจจานุเบกษา. 126 (พิเศษ 16 ง) หน้า 28-29.
- สายฝน ชาวไลโปลย์. (2553) คลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพมหานคร : พี.อี.ลีฟวิ่ง.
- สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล. (2555) “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น” วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 15 (2) หน้า 8-13.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุพัตรา ปิ่นแก้ว และคณะ. (2557) “ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” **วารสารพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา**. 22 (4) หน้า 58-71.
- อุษา คงคา. (2555) “ผลของโปรแกรมการเป็นทางหุ่นส่วนทางการพยาบาลต่อการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด” **วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม**. 35 (4) หน้า 54-64.
- Barrera, P. F et al. (2006) **Maternal child nursing care**. 3th ed. Philadelphia : Mosby.
- Beckmann, et al. (2006) **Obstetrics and Gynecology**. 5th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Celine Goulet. (2001) “A controlled clinical trial of home care management versus hospital care management for preterm labour” **National Center for Biotechnology Information**. 38 (3) page 259-269.
- El-Bastawissi, A. Y., et al. (2003) “History of fetal loss and other adverse pregnancy outcomes in relation to subsequent risk of preterm delivery” **Maternal & Child Health Journal**. 7 (1) page 53-58.
- Gilbert, E. S. (2011) **High Risk Pregnancy & Delivery**. 5th ed. St. Louis : Mosby.
- Hennessy, M. D et al. (2010) “Skipping meals and less walking among African Americans diagnosed with preterm labor” **Journal of Nursing Scholarship**. 42 (2) page 147-155.
- Holzman, C et al. (2009) “Maternal weathering and risk of preterm delivery” **American Journal of Public Health**. 99 (10) page 1864-1871.
- Jams, J. D. (2003) “Prediction and early detection of preterm labor” **Obstetrics and Gynecology**. 101 (3) page 402-412.
- Li-Lan Chuang. (2011) “The effectiveness of a relaxation training program for women with preterm labour on pregnancy outcomes : A controlled clinical trial” **International Journal of Nursing**. 49 (3) pages 257-264.
- Maloni, J. A. (2011) “Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest” **Expert Review of Obstetrics & Gynecology**. 6 (4) page 385-393.
- McKinney, E. S et al. (2000) **Maternal Child Nursing**. Philadelphia : Saunders, W. B.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Partington, S. N et al. (2009) “Second births to teenage mothers : risk factors for low birth weight and preterm birth” **Perspectives on Sexual & Reproductive Health**. 41 (2) page 101-109.
- Pillitteri, A. (2010) **Maternal & Child Health Nursing : Care of the Childbearing & Childrearing Family**. 6th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Piotrowski, K. A. (2004) **Labor and birth complications**. In Lowdermilk, D. L & Perry, S.P. **Maternity & Women’s Health Care**. 8th ed. Philadelphia : Mosby.
- Rodrigues, T., & Barros, H. (2008) “**Maternal unemployment: an indicator of spontaneous preterm delivery risk**” **European Journal of Epidemiology**. 23 (10) page 689-693.
- Simpson, K. R., & Creehan, P. A. (2008) **Perinatal nursing**. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, G. C et al. (2007) “Maternal obesity in early pregnancy and risk of spontaneous and elective preterm deliveries : a retrospective cohort study” **American Journal of Public Health**. 97 (1) page 157-162.
- Soukup, M. (2000) “Evidence-baed nursing practice” **Nursing clinics of north America**. 35 (2) page 301-309.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012) “Management of preterm labor” **Practice Bulletin**. 119 (6) page 1308-1317.
- Urquhart C et al. (2015) “Home uterine monitoring for detecting preterm labour” **Cochrane Database of Systematic Reviews**. (2) Art. No. CD006172.
- World Health Organization. (2012) **World Prematurity Day 2012 (Publication No. 20121117)**. [Online] Available : http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121117_world_prematurity_day/en/index1.html (15 January 2017)
- Yoneyama, K et al. (2009) “Clinical predictive factors for preterm birth in women with threatened preterm labour or preterm premature ruptured membranes” **Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology**. 49 (1) page 16-21.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

(Certificate of Exemption)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 27 มิถุนายน 2561

ชื่อเรื่อง แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาวชลธิชา รักษาธรรม

คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับประกาศ
 เอลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ษ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 13 มีนาคม 2560

เลขที่รับรอง

อ.516/2560

วันที่ให้การรับรอง: 13 มีนาคม 2560

วันหมดอายุใบรับรอง: 12 มีนาคม 2562

ภาคผนวก ข
เอกสารใบรับรองโครงการวิจัย

ใบรับรองโครงการวิจัย

การวิจัยนี้และเอกสารประกอบของการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการงานวิจัยโรงพยาบาลสมุทรปราการแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าการวิจัยที่จะดำเนินการ มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อการวิจัย แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ผู้วิจัย นางสาวชลธิชา รักษาธรรม

หน่วยงานที่สังกัด โรงพยาบาลสมุทรปราการ

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

- ๑.แบบเสนอโครงการวิจัย
- ๒.เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ๓.หนังสือยินยอมให้ทำการวิจัย
- ๔.แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลงนาม.....

(นายสัมพันธ์ คมฤทธิ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

หมายเลขรับรอง ๘ / ๒๕๖๐

วันที่ให้การรับรอง ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๐

วันหมดอายุใบรับรอง ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๑

ภาคผนวก ค

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวชลธิชา รักษาธรรม นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังวิจัยเรื่อง “แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง” ในห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ด้วยการค้นคว้าจากเอกสารหลักฐาน

ท่านเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลในครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีโครงสร้างคำถามตามแบบสอบถามงานวิจัย เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และรายงานผลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว

ข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับและเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมส่วนหลักฐานทุกอย่างจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยแล้วเสร็จ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะเป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับท่าน หากท่านสงสัยในข้อคำถามใด ๆ ท่านสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากแม้ท่านไม่ต้องการตอบแบบสอบถามช่วงหนึ่งช่วงใดหรือต้องการยุติการให้ข้อมูลย่อมสามารถกระทำได้โดยทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้ จะประสบผลสำเร็จลงไม่ได้ ถ้าหากไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงใคร่ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวชลธิชา รักษาธรรม

นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก ง

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า อายุ ปี
 อยู่บ้านเลขที่ ถนน หมู่ที่
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ นางสาวชลธิชา รักษาธรรม นักศึกษาปริญญาโท
 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เรื่อง
 แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

ข้อ 2 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยไม่ถูกบังคับ ชูเชิญ
 หลอกลวงแต่ประการใดและพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ผลที่
 จะเกิดขึ้นรวมถึงความปลอดภัย อาการที่ตามมา และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งคุณค่าที่จะได้รับ
 จากการวิจัยโดยละเอียดแล้ว (จากเอกสารการวิจัยแนบท้าย-ถ้ามี)

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันจากผู้วิจัยว่า จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลในส่วนที่
 เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในงานวิจัย

ข้อ 5 ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใด ๆ ในระหว่างการวิจัยหรือ
 ภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้น ๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจากการวิจัย
 ดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการคุ้มครองในสิทธิที่พึงมี เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าชดเชยรายได้
 ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมายจากผู้วิจัย
 และ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิกัดที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย
 ตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย และในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย
 ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัย
 แทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6 ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าคุณเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้ค่าใช้จ่าย ค่าชดเชย และค่าทดแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของคุณเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ หัวหน้าผู้วิจัย

(.....)

หมายเหตุ

1) กรณีผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถอ่านหนังสือได้ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้แก่ผู้ให้ความยินยอมฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ให้ความยินยอมลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย

2) ในกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ จะต้องมิผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์
อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ
อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
3. อาจารย์ แพทย์หญิงศิริพร ประยูรหงษ์
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ภาคผนวก ฉ
สรุปตารางวิเคราะห์งานวิจัยที่สืบค้น

เรื่องที่ 1

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ชื่อเรื่อง	ระพี เฉลิมวุฒานนท์, เอี่ยมพร ราชภูติ และศิริรัตน์ โชติกสถิต (2559) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง
ระดับงานวิจัย	ระดับ 4 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัย ที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลระนอง
กลุ่มตัวอย่าง	การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาศึกษาแบบย้อนหลัง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลระนอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มาคลอดในช่วงเวลา ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 – 30 ธันวาคม 2558 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม มีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มารดาที่คลอดก่อนกำหนด (ก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์) มีจำนวนทั้งสิ้น 145 คน และกลุ่มมารดาที่คลอดครบกำหนดจำนวนเท่ากัน ซึ่งเป็นมารดาที่คลอดหลังมารดาคลอดก่อนกำหนดทันที
ระเบียบวิธีวิจัย	กำหนดประชากรกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ มารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลระนอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มาคลอดในช่วงเวลา ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558–30 ธันวาคม 2558 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม มีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มารดาที่คลอดก่อนกำหนด (ก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์) มีจำนวนทั้งสิ้น 145 คน และกลุ่มมารดาที่คลอดครบกำหนดจำนวนเท่ากัน ซึ่งเป็นมารดาที่คลอดหลังมารดาคลอดก่อนกำหนดทันที โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกที่กำหนด โดยแยกเป็น กลุ่มมารดาที่คลอดก่อนกำหนด และกลุ่มมารดาที่คลอดครบกำหนด

เรื่องที่ 1 (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้	ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 1. แบบบันทึกลักษณะทางประชากรและสังคม 2. แบบบันทึกประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน
ผลการวิจัย	ผลการวิจัย พบว่า มารดาส่วนใหญ่ อายุ 21-25 ปี ร้อยละ 23.79 อายุเฉลี่ยของมารดา เท่ากับ 27.27 ปี เชื้อชาติไทย ร้อยละ 100 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 48.62 มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 50 น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ย 57.44 กิโลกรัม ค่า BMI ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 19.8-26 ร้อยละ 60.69 ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ร้อยละ 100 ไม่มีประวัติการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ประวัติเลือดออกทางช่องคลอดครรภ์ก่อนและไม่มีโรคประจำตัวก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 87.24, 94.83, 100 และ 98.86 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลระนอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ($\chi^2=0.13$, $p=0.022$) ประวัติการคลอดก่อนกำหนดครรภ์ก่อน ($\chi^2=15.82$, $p=0.0000$) การฝากครรภ์ ($\chi^2 = 34.75$, $p=0.000$) การตั้งครรภ์แฝด ($\chi^2=14.71$, $p=0.000$) และ น้ำหนักมารดาเพิ่มต่ำกว่าเกณฑ์ ($\chi^2=40.14$, $p=0.000$)
ประเมินความเป็นไปได้	ผลการวิจัยสามารถนำไปปรับใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ช่วยให้สามารถดูแล ให้สุขศึกษา ตรวจติดตาม และให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมีอาการเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
สรุปเพื่อนำไปใช้	ปัจจัยเสี่ยงที่ได้จากการวิจัยมาใช้ในการประเมินและให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการให้ตรงตามปัจเจกบุคคล

เรื่องที่ 2

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ชื่อเรื่อง	นวรรตน์ ไวมภฏ (2559) การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ระดับงานวิจัย	ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทดลองที่มีการสุ่ม และมีกลุ่มควบคุมที่ออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง (Randomized Controlled Trial)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดของงานห้องคลอด โรงพยาบาลยะลา 2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับรักษาภายใน 28 วัน ระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กับกลุ่มควบคุมซึ่งใช้การวางแผนจำหน่ายแบบทั่วไป
กลุ่มตัวอย่าง	การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบการศึกษากึ่งทดลอง ประชาชนและกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่ตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ที่มารับบริการงานห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์ยะลาโดยไม่ได้ระบุระยะเวลาในการเก็บข้อมูล
ระเบียบวิธีวิจัย	กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยเลือกกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดมารับบริการในห้องคลอดโรงพยาบาลยะลาไม่ได้ระบุระยะเวลาในการเก็บข้อมูลได้ใช้แบบสอบถามเป็นแบบสอบถามประวัติการตั้งครรภ์และภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยกำหนดแบบ M-E-T-H-O-D โดยติดตามภายหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์
เครื่องมือที่ใช้	1. แบบสอบถามที่เกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์และภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 2. รูปแบบรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยกำหนดแบบ M-E-T-H-O-D
ผลการวิจัย	พบว่า กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 21-34 ปี ร้อยละ 75 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 91.7 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 95.8 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 41.6 ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 66.7 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 95.8 ในขณะที่กลุ่มทดลอง พบว่า

เรื่องที่ 2 (ต่อ)

	<p>ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 – 34 ปี ร้อยละ 66.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.5 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 79.2 ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาเท่ากับมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.5 ประกอบอาชีพ แม่บ้าน ร้อยละ 50 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 37.5</p> <p>- ผลประเมิการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองมีอัตราการกลับรักษาซ้ำน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .039, p < .05$)</p>
ประเมินความเป็นไปได้	เมื่อพิจารณาการกลับมาเป็นซ้ำผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการกลับรักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
สรุปเพื่อนำไปใช้	รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบ M-E-T-H-O-D

เรื่องที่ 3

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ชื่อเรื่อง	พรศิริ เสนธิริ และคณะ (2559) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
ระดับงานวิจัย	ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่ออกแบบวิจัยอย่างน้อย 1 เรื่อง (Randomized Controlled Trial)
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
กลุ่มตัวอย่าง	แบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่เข้ารับการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 120 คน หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสูติแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลนครพนม จำนวน 120 คน และบุคลากรพยาบาล จำนวน 18 คน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึงกันยายน 2558
ระเบียบวิธีวิจัย	เริ่มศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ สตรีมีครรภ์ที่ได้รับการประเมิน และมีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวน 120 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวน 60 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (ก่อนการพัฒนา) จำนวน 60 คน กลุ่มที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสูติแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนา จำนวน 60 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (ก่อนการพัฒนา) จำนวน 60 คน กลุ่มที่ 3 บุคลากรพยาบาล จำนวน 18 คน ได้แก่ พยาบาลคลินิกฝากครรภ์ จำนวน 2 คน พยาบาลห้องคลอด จำนวน 16 คน โดยใช้เครื่องมือในการศึกษา คือ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นทั้งหมด 5 แบบ บันทึกข้อมูลจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ได้แก่

เรื่องที่ 3 (ต่อ)

	<p>ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การยืดระยะเวลาการคลอด การกลับมา รักษาซ้ำด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยสถิติทดสอบไคสแควร์</p>
เครื่องมือที่ใช้	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ข้อมูลการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ 2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วย อายุ วุฒิ การศึกษาระยะเวลาการปฏิบัติงานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ 3. แบบบันทึกจำนวนการเกิดการคลอดก่อนกำหนดโดยบันทึกหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเกิดการคลอดก่อนกำหนด 4. แบบบันทึกจำนวนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์โดยบันทึกหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ช่วงเวลาตั้งแต่ที่เริ่มทำการรักษาและช่วงเวลาการรักษาจนคลอด
ผลการวิจัย	<p>ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ 2) การประสานส่งต่อสูติแพทย์ 3) การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การวางแผนการจำหน่ายโดยใช้ M-E-T-H-O-D 5) การติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทางโทรศัพท์ 6) การให้ความรู้โดยให้สามีและญาติมีส่วนร่วม หลังการนำรูปแบบไปใช้ได้มีการประเมินผลลัพธ์โดยการเปรียบเทียบการเกิดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใน กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ

เรื่องที่ 3 (ต่อ)

	<p>การพยาบาลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 7.26, p = .003$) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้เปรียบเทียบการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง และการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม พบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง และยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดมากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.910, P = 0.027$) และ ($\chi^2 = 5.637, p = .018$) ตามลำดับ สำหรับการเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำ พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($\chi^2 = 1.426, p = .232$)</p>
ประเมินความเป็นไปได้	<p>รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ สามารถปฏิบัติการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 7.26, p = .003$)</p>
สรุปเพื่อนำไปใช้	<ol style="list-style-type: none"> 1) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ 2) การประสานส่งต่อสูติแพทย์ 3) การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การวางแผนการจำหน่ายโดยใช้ M-E-T-H-O-D 5) การติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทางโทรศัพท์ 6) การให้ความรู้โดยให้สามีและญาติมีส่วนร่วม

เรื่องที่ 4

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ชื่อเรื่อง	สุพัตรา ปิ่นแก้ว และคณะ (2557) ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ระดับงานวิจัย	ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทดลองที่มีการสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม ที่ออกแบบวิจัยอย่างด้อยอย่างน้อย 1 เรื่อง (Randomized Controlled Trial)
วัตถุประสงค์	ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนด
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเข้ารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 116 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
ระเบียบวิธีวิจัย	การเก็บรวบรวมข้อมูล : แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง จำนวน 56 ราย ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการดูแลตามโปรแกรมมาดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มควบคุม จำนวน 60 ราย ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยติดตามอายุครรภ์เมื่อเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอายุครรภ์เมื่อคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแคว (X^2) สถิติทดสอบพิชเชอร์และสถิติทดสอบที
เครื่องมือที่ใช้	โปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ผลการวิจัย	ผลการวิจัย พบว่า อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เรื่องที่ 4 (ต่อ)

ประเมินความเป็นไปได้	<p>ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับการติดตามการหดตัวของมดลูกโดยใช้เครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูก และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อเน้นย้ำให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองมีประโยชน์ในการลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดโดยการค้นหาผู้มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสามารถให้การรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น</p>
สรุปเพื่อนำไปใช้	<p>การติดตามการหดตัวของมดลูกโดยใช้เครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูก และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อเน้นย้ำให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นเครื่องมือที่สามารถลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดสามารถให้การรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น</p>

เรื่องที่ 5

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ชื่อเรื่อง	สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล (2555) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
ระดับงานวิจัย	ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จากงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Non-Randomized Controlled Trial)
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
กลุ่มตัวอย่าง	หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาล ศูนย์ขอนแก่น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน หญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์
ระเบียบวิธีวิจัย	ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficiency)
เครื่องมือที่ใช้	ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
ผลการวิจัย	1. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี 2. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับดี 3. การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .416, p < 0.001$)
ประเมินความเป็นไปได้	จากการวิจัยถ้าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังมีการรับรู้ภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะส่งผลทำให้การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ดีขึ้น
สรุปเพื่อนำไปใช้	รับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เรื่องที่ 6

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ชื่อเรื่อง	อุษา คงคา (2555) ผลของโปรแกรมการเป็นห้างหุ้นส่วนทางการพยาบาลต่อการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
ระดับงานวิจัย	ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ที่ออกแบบวิจัยอย่างต่อน้อย 1 เรื่อง (Randomized Controlled Trial)
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ต่ออัตราการคลอดก่อนกำหนดและอายุครรภ์เฉลี่ยที่คลอด
กลุ่มตัวอย่าง	สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 24 – 28 สัปดาห์ มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างน้อย 1 ข้อ จากการคัดกรองด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด สื่อสารด้วยภาษาไทยและมีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ฝากครรภ์โรงพยาบาลกำแพงแสน
ระเบียบวิธีวิจัย	<ol style="list-style-type: none"> 1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ 2. แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเป็นห้างหุ้นส่วนทางการพยาบาล และกลุ่มควบคุม 3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยติดตามอายุครรภ์ที่คลอดของทั้ง 2 กลุ่ม 4. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบสถิติ Relative risk และ Mann Whitney-U
เครื่องมือที่ใช้	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 2. โปรแกรมการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 3. คู่มือสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการ 4. แบบบันทึกสรุปรูปแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน 5. แบบบันทึกการติดตามเยี่ยม 6. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการคลอด

เรื่องที่ 6 (ต่อ)

ผลการวิจัย	อัตราการคลอดก่อนกำหนดและอายุครรภ์เฉลี่ยที่คลอดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดในการพัฒนาการเป็น ห้างหุ้นส่วนทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมมือกันวางแผนแก้ไขปัญหา แต่พบว่าผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่แสดงความคิดเห็นในการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหของตนทำให้การแก้ไขปัญหามีลักษณะจำเพาะตามรายบุคคล
ประเมินความเป็นไปได้	ผู้ร่วมวิจัยแสดงความคิดเห็นในการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหของตนกับผู้วิจัยทำให้การแก้ไขปัญหามีลักษณะจำเพาะตามรายบุคคลอาจช่วยให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงและอายุครรภ์ที่คลอดเพิ่มมากขึ้นได้
สรุปเพื่อนำไปใช้	แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมมาประยุกต์ใช้

เรื่องที่ 7

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ชื่อเรื่อง	กัลยา กิติมา (2554) ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลลำพูน
ระดับงานวิจัย	ระดับ 4 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัย ที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลลำพูน โดยเปรียบเทียบจำนวนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
กลุ่มตัวอย่าง	สตรีมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ถึงน้อยกว่า 37 สัปดาห์
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ ชนิดศึกษาย้อนหลังและไปข้างหน้า แบบไม่ควบคุมก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกประยุกต์ ใช้กรอบแนวคิด การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสมาคมการพยาบาลออนทาร์โอ (RNAO. 2002) มาเป็นแนวทางในการศึกษา
เครื่องมือที่ใช้	<p>ส่วนที่ 1 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลรักษาสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2550 ของหน่วยสูติกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล</p> <p>ในส่วนการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์</p> <p>ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกจำนวนการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบบันทึกจำนวนสตรีมีครรภ์เพื่อประเมินและติดตามผล</p>
ผลการวิจัย	สตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีจำนวนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติระดับ 0.5

เรื่องที่ 7 (ต่อ)

ประเมินความเป็นไปได้	การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในสตรีที่มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลศิริราช มาใช้ในโรงพยาบาลลำพูน ตามขั้นตอนของสมาคมการพยาบาลออนทารีโอ (RNAO. 2002) ทำให้สตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงลดการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้
สรุปเพื่อนำไปใช้	การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2550 มาใช้เป็นแนวทาง และปรับใช้ในการประเมินและให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ของ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

เรื่องที่ 8

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ชื่อเรื่อง	ณัฐธรมณชน โโกศัย, ฉวี เบาทรวง และกรรณิการ์ กันธรักษา (2554) ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย
ระดับงานวิจัย	ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จากงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Non- Randomized Controlled Trial)
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย
กลุ่มตัวอย่าง	สตรีตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 28-37 สัปดาห์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับการดูแลตามปกติ ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 89 คน และกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 110 คน
ระเบียบวิธีวิจัย	<p>การเก็บรวบรวมข้อมูล :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เลือกกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 89 คน และสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 110 คน 2. ดำเนินการศึกษาตามขั้นตอนของสมาคมพยาบาลออนตาริโอ (Registered Nurse Association of Ontario. 2002) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนด สัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ และสัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำ ด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบความน่าจะเป็นของฟิชเชอร์

เรื่องที่ 8 (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้	<p>1. แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2550</p> <p>2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ แบบบันทึกจำนวนการเกิดการคลอดก่อนกำหนด แบบบันทึกจำนวนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์แบบบันทึกจำนวนสตรีตั้งครรภ์ในการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด.</p>
ผลการวิจัย	<p>- สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีสัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า และสัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่สัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำพบว่า ไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพได้</p>
ประเมินความเป็นไปได้	<p>เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีสัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง และสัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดการคลอด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p>
สรุปเพื่อนำไปใช้	<p>การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2550 มาใช้เป็นแนวทาง และปรับใช้ในการประเมินและให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ</p>

เรื่องที่ 9

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ชื่อเรื่อง	ทิพสุดา น้อยแมน (2554) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม. สงขลา : สารพิมพ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ระดับงานวิจัย	ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จากงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Non- Randomized Controlled Trial)
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม
กลุ่มตัวอย่าง	แบบวิจัย : เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีการวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง : หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 50 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม
ระเบียบวิธีวิจัย	<ol style="list-style-type: none"> 1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนหลังจากนั้นเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมมีขั้นตอนดังนี้ คือ ให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์รวมทั้งมีการให้การพยาบาลตามปกติและเมื่ออายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ ให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอีกครั้ง <p>กลุ่มทดลองมีขั้นตอนดังนี้ คือ ให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการพยาบาลตามปกติโดยมีการจัดตารางนัดหมายให้กับกลุ่มทดลองในแต่ละครั้งครบ 2 ครั้ง ครั้งแรกอายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ ใช้เวลาในการพบแต่ละครั้ง 50-60 นาที และโทรศัพท์ติดตามเมื่ออายุครรภ์ 33-34 สัปดาห์ และ 37 สัปดาห์ เพื่อเป็นการประเมินการปฏิบัติตัวและประเมินภาวะการคลอดก่อนกำหนด</p>

เรื่องที่ 9 (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้	<p>ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2. เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ <ul style="list-style-type: none"> - แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล - แบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน - แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 4 ด้าน <p>เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมรายกลุ่มและรายบุคคล</p>
ผลการวิจัย	<p>หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p>
ประเมินความเป็นไปได้	<p>ผลการศึกษานี้ทำให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับนำไปใช้ในด้าน การปฏิบัติการพยาบาลสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม เพื่อให้มี พฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม และเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการ คลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในด้านอื่น ๆ อีก ได้แก่ ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการศึกษา</p>
สรุปเพื่อนำไปใช้	<p>การเสริมพลังอำนาจทำให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ เหมาะสม</p>

เรื่องที่ 10

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ชื่อเรื่อง	รุ่งตวรรณ ช้อยจอหอ และคณะ (2552) ผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อการจัดการเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การกลับมารักษาซ้ำและอายุครรภ์เมื่อคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ระดับงานวิจัย	ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จากงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Non – Randomized Controlled Trial)
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อการจัดการเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การกลับมารักษาซ้ำและอายุครรภ์เมื่อคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่รับไว้ในห้องคลอดโรงพยาบาลราชวิถี 45 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 22 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 23 ราย
ระเบียบวิธีวิจัย	<p>การเก็บรวบรวมข้อมูล :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มควบคุมได้รับ การพยาบาลตามปกติ 2. กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลซึ่งเน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงในไขดำนบุคคลและชุมชน ได้แก่ การประเมินปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด การให้ความรู้เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้ความรู้ญาติ การประสานกับแพทย์การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เยี่ยมที่ห้องฝากครรภ์และเยี่ยมเมื่อกลับมารักษาซ้ำ 3. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ แบบสอบถามการจัดการเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบค่าทีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และการทดสอบฟิชเชอร์

เรื่องที่ 10 (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้	<ol style="list-style-type: none"> 1. การสัมภาษณ์ 2. แบบสอบถามการจัดการเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอด 3. สถิติเชิงพรรณนา 4. การทดสอบไคสแควร์ 5. การทดสอบฟิชเชอร์
ผลการวิจัย	พบว่า หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดการเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม พบว่าคะแนนการจัดการเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด และอายุครรภ์เมื่อคลอดของกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .05$) สำหรับอัตราการกลับมารักษาซ้ำของทั้งสองกลุ่มพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)
ประเมินความเป็นไปได้	นำการบำบัดทางการแพทย์ที่เน้นการจัดการแก้ไขปัจจัยส่วนบุคคลและชุมชนไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อยืดเวลาการตั้งครรภ์ไปให้ ใกล้ครบกำหนดมากที่สุด
สรุปเพื่อนำไปใช้	การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เยี่ยมที่ห้องฝากครรภ์และเยี่ยมเมื่อกลับมารักษาซ้ำ

เรื่องที่ 11

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ ชื่อเรื่อง	ถนิมนันท์ ปันล้อย (2551) ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ณ คลินิกฝากครรภ์ ในอำเภอแม่สะเรียง
ระดับงานวิจัย	ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จากงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Non-Randomized Controlled Trial)
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ณ คลินิกฝากครรภ์ ในอำเภอแม่สะเรียง โดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ใช้ และกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
กลุ่มตัวอย่าง	สตรีมีครรภ์ที่อายุครรภ์ 28 ถึงก่อน 37 สัปดาห์ ที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ ที่เป็นหน่วยให้บริการปฐมภูมิหลักในอำเภอแม่สะเรียง
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ ชนิดศึกษาย้อนหลังและไปข้างหน้าแบบไม่ควบคุมก่อน และหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
เครื่องมือที่ใช้	ส่วนที่ 1 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลรักษาสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2550 ของหน่วยสูติกรรมภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในส่วนการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกจำนวนการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบบันทึกจำนวนสตรีมีครรภ์ เพื่อประเมินและติดตามผล
ผลการวิจัย	กลุ่มสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีอุบัติการณ์การเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนดลดลงกว่ากลุ่มสตรีมีครรภ์ที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
ประเมินความเป็นไปได้	การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2550 มาใช้เป็นแนวทางและปรับใช้ในการประเมินและให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ
สรุปเพื่อนำไปใช้	แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกจำนวนการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบบันทึกจำนวนสตรีมีครรภ์เพื่อประเมินและติดตามผล

เรื่องที่ 12

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ชื่อเรื่อง	ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และคณะ (2550) การสนับสนุนทางสังคม ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ระดับงานวิจัย	ระดับ 5 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive and qualitative study)
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรียม
กลุ่มตัวอย่าง	แบบวิจัย : วิจัยเชิงบรรยาย Descriptive Studies กลุ่มตัวอย่าง : สตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มาปรึกษาที่หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลศิริราช 100 ราย
ระเบียบวิธีวิจัย	<ol style="list-style-type: none"> 1. เลือกกลุ่มตัวอย่างคือสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 28-37 สัปดาห์ เป็นครรภ์เดี่ยว ปากมดลูกเปิดมากกว่า 1 เซนติเมตร และมีความบาง $\geq 80\%$ 2. สร้างแบบสอบถามและนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน 3. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย
เครื่องมือที่ใช้	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2. แบบสนับสนุนทางสังคมของบราวน์สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดในการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ 3. แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4. แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ผลการวิจัย	ผลการวิจัยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและความรู้
ประเมินความเป็นไปได้	ความรู้เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในสถานการณ์ของตนเอง ตระหนักถึงความเสี่ยงหรือความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นทั้งกับทารกในครรภ์และตนเอง
สรุปเพื่อนำไปใช้	การสนับสนุนทางสังคมและความรู้เป็นส่วนสำคัญสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่จะก้าวผ่านภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปได้สำเร็จ

เรื่องที่ 13

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ชื่อเรื่อง	Christine Urquhart. (2015). Home uterine monitoring for detecting preterm labour
ระดับงานวิจัย	ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จากงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Non – Randomized Controlled Trial)
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาว่าการติดตามการหดตัวของมดลูกที่บ้านมีประสิทธิภาพต่อผลลัพธ์สำหรับสตรีและทารกที่มีความเสี่ยงสูงในการคลอดก่อนกำหนดนั้นดีขึ้นหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบปกติหรือการดูแลอื่น ๆ ที่ไม่ได้รวมถึง การตรวจติดตามการหดตัวของมดลูกที่บ้าน
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยหรือประชากร : สตรีที่อยู่ระหว่างการติดตามตรวจสอบที่บ้านเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดกับผู้หญิงที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน การตั้งค่า : การทดลองเกิดขึ้นที่ประเทศสหรัฐอเมริกาและฝรั่งเศส
ระเบียบวิธีวิจัย	การควบคุมแบบสุ่มสำหรับการตรวจติดตามการหดตัวของมดลูกที่บ้านโดยมีหรือไม่มีโปรแกรมการศึกษาผู้ป่วย สำหรับสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดคลอดเมื่อเทียบกับชุดการดูแลเดียวกันโดยไม่ต้องตรวจติดตามมดลูกในบ้าน
เครื่องมือที่ใช้	1) การติดตามการหดตัวของมดลูกที่บ้านรวมทั้งการพยาบาลตามมาตรฐาน ด้วยการติดต่อการพยาบาลที่แตกต่างกัน 2) การติดตามการหดตัวของมดลูกในบ้าน (ใช้อุปกรณ์) โดยใช้โปรโตคอลที่ใช้สคริปต์เพื่อตรวจสอบจากการรับสัญญาณ
ผลการวิจัย	การใช้จอภาพที่ใช้งานอยู่ที่บ้านทำให้ความแตกต่างน้อยมากกับผลลัพธ์หลายอย่างสำหรับแม่หรือลูกแม้ว่าการศึกษาทั้งหมดไม่ได้วัดผลทั้งหมด ผู้หญิงที่ใช้การตรวจสอบมดลูกในบ้านไม่ค่อยมีโอกาสเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด (ที่อายุน้อยกว่า 37 หรือน้อยกว่า 32 สัปดาห์ ของการตั้งครรภ์) ผลการวิจัยของเราชี้ให้เห็นว่าผู้หญิงที่ใช้การตรวจสอบมดลูกในบ้านมีโอกาสเกิดคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า 34 สัปดาห์ แต่เมื่อเรา จำกัด การวิเคราะห์ของเราไว้ในการศึกษาที่มีคุณภาพสูงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม
ประเมินความเป็นไปได้	การประเมินโดยตรวจสอบการหดตัวที่บ้านอาจช่วยลดความเสี่ยงในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทำให้มาพบแพทย์ได้อย่างรวดเร็วทันเวลา
สรุปเพื่อนำไปใช้	การตรวจติดตามการหดตัวของมดลูกที่บ้าน

เรื่องที่ 14

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ชื่อเรื่อง	Li-Lan Chuang (2011) The effectiveness of a relaxation training program for women with preterm labour on pregnancy outcomes : A controlled clinical trial
ระดับงานวิจัย	ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จากงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Non – Randomized Controlled Trial)
วัตถุประสงค์	การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกผ่อนคลาย ต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
กลุ่มตัวอย่าง	เกณฑ์การเลือกหญิงตั้งครรภ์ เข้ารับการรักษาด้วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตั้งครรภ์ระหว่าง 20 ถึง 34 สัปดาห์ และมีการขยายปากมดลูกน้อยกว่า 3 ซม. เกณฑ์การยกเว้นคือถ้าพวกเขามีอาการใดอย่างหนึ่งหรือส่วนร่วมใด ๆ ต่อไปนี้ : เลือดออกก่อนคลอด การติดเชื้อ ความดันโลหิตสูง โรคนิ่วขณะตั้งครรภ์ หรือโรคมุมิคุ้มกัน
ระเบียบวิธีวิจัย	การทดลองทางคลินิกที่ควบคุม
เครื่องมือที่ใช้	โปรแกรมเสียงผ่อนคลายเครื่องเล่น MP3
ผลการวิจัย	การวิเคราะห์การรอดชีวิตพบว่ากลุ่มทดลองมีเวลาในการตั้งครรภ์ที่ยาวนานกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.048$) ผู้เข้ารับการฝึกอบรมการผ่อนคลาย มีสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดต่ำกว่ามาก อัตราการเข้ารับการรักษาด้วย NICU และอัตราการเข้าพักรักษาที่ลดลงภายใน 30 วัน เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแง่ของอัตราการเกิดคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวแรกเกิดต่ำ Apgar score ที่ 1 และ 5 นาที โหมดการคลอดและการเสียชีวิตระหว่างครรภ์ระหว่างสองกลุ่ม
ประเมินความเป็นไปได้	การฝึกผ่อนคลายสำหรับผู้หญิงที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะมีผลต่อการล่าช้าในการคลอดและเสริมสร้างผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่เป็นบวก การผ่อนคลายนี้เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพไม่เป็นอันตรายและสามารถใช้งานได้ง่ายในสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การฟังเพลงทำให้หญิงที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดความผ่อนคลายสามารถช่วยยืดอายุการตั้งครรภ์ได้
สรุปเพื่อนำไปใช้	แนะนำกิจกรรมการผ่อนคลายให้เหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์

เรื่องที่ 15

ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ชื่อเรื่อง	Celine Goulet. (2001). A controlled clinical trial of home care management versus hospital care management for preterm labour
ระดับงานวิจัย	ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ที่ออกแบบวิจัยอย่างต้อย่างน้อย 1 เรื่อง (Randomized Controlled Trial)
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างหญิงที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการดูแลที่บ้านและกลุ่มที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล ถึงผลของอายุครรภ์และน้ำหนักตัวทารกแรกเกิด 2. เพื่อศึกษาความแตกต่างการรับรู้ความเครียดของสตรีก่อนคลอดจากการสนับสนุนทางสังคมและการทำงานของครอบครัว
กลุ่มตัวอย่าง	<p>ประชากรหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาก่อนคลอดก่อนคลอดในเมืองควิเบกแคนาดา</p> <p>ผู้หญิงหลังได้เข้ารับการตรวจรักษาตามเกณฑ์ภายใน 48 ชม. ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเข้ารักษาตัวครั้งแรก 2. การตั้งครรภ์เดี่ยว 3. ไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด 4. อายุมารดา > 18 ปี 5. ที่อยู่อาศัยภายในรัศมี 50 กม. จากโรงพยาบาล
ระเบียบวิธีวิจัย	<p>หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (N = 250) ได้รับการสุ่มให้ได้รับการจัดการดูแลที่บ้าน (กลุ่มทดลอง [EG]) หรือการจัดการดูแลในโรงพยาบาล (กลุ่มควบคุม [CG]) ใช้แบบฟอร์มข้อมูลปริกำหนดเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรทางสังคมและการตั้งครรภ์ระดับความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงโดยแบบการเก็บข้อมูลพฤติกรรมทางสังคมของบราวน์และมาตรการประเมินครอบครัว 3ระดับความสัมพันธ์ระหว่างหญิงที่สุ่มตัวอย่าง (T1) และที่ 1 สัปดาห์ (T2) และ 2 สัปดาห์ (T3) หลังจากการสุ่มตัวอย่าง</p>

เรื่องที่ 15 (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้	ใช้แบบฟอร์มข้อมูลปริก่าเนิตเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรทางสังคมและการตั้งครรรค์ ระดับความเครียดในหญิงตั้งครรรค์ที่มีความเสี่ยงสูงโดยแบบการเก็บข้อมูลพฤติกรรมทางสังคมของบรรวณและมาตรการประเมินครอบครัว 3
ผลการวิจัย	ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการดูแลรักษาที่บ้านเป็นวิธีการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัยและมีประสิทธิผลสำหรับสตรีที่มีปัญหาการเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนด
ประเมินความเป็นไปได้	หญิงตั้งครรรค์ที่ถูกกำกับการดูแลจากเจ้าหน้าที่จะมีความเครียดมากกว่าการดูแลจากสามีและครอบครัว
สรุปเพื่อนำไปใช้	กิจกรรมเน้นให้สตรีมีกิจกรรมทำที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล

ภาคผนวก ข
เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ จัดทำเพื่อมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ทำการศึกษาโดย นางสาวชลธิชา รักษาธรรม นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบซักประวัติและตรวจร่างกาย	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	จำนวน 28 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกัน การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	จำนวน 15 ข้อ

ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน ในการให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามตามความจริง และผู้วิจัยขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยนี้เป็นอย่างยิ่ง

แบบสอบถามสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ข้อความ
1. วันที่เข้ารับการรักษา..... ถึงวันที่
2. ชื่อ.....อายุ.....ปี เบอร์โทรศัพท์.....
3. ที่อยู่.....
4. สถานภาพสมรส () แต่งงานและอยู่ด้วยกัน () แต่งงานและแยกกันอยู่ () หม้าย () อยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงาน () หย่าร้าง/เลิกรา
5. น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ กิโลกรัม ความสูง เซนติเมตร น้ำหนักปัจจุบัน กิโลกรัม
6. ระดับการศึกษา () ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา () อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร () ปริญญาตรี () สูงกว่าระดับปริญญาตรี ระบุ
7. อาชีพ () เกษตรกรรม () แม่บ้าน () ค้าขาย () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () นักเรียน /นักศึกษา () อื่น ๆ
8. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนบาท
9. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใครบ้าง (ข้อที่พักอาศัยอยู่ด้วยมากที่สุด) () บิดา หรือมารดาของตนเอง () บิดาหรือมารดาของสามี () สามี () อยู่คนเดียว () ญาติระบุ..... () เพื่อน () อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 แบบซักประวัติตรวจร่างกาย (ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและลงบันทึก)

ข้อความ
<p>1. ประวัติการเจ็บป่วย</p> <p>โรคประจำตัว ระบุ รักษาที่..... การรักษาที่ได้รับ.....</p> <p>การผ่าตัด.....</p> <p>แพ้ ยา/อาหาร (ระบุชนิด).....</p>
<p>2. ประวัติการตั้งครรภ์</p> <p>การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งที่ G P..... A L GA wks</p> <p>สถานที่ฝากครรภ์ () รพ.ศูนย์ () รพ.ทั่วไป () รพ.ชุมชน () รพ.สต.</p> <p>() คลินิก () อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>ฝากครรภ์ครั้งแรก GAwks. LMP..... EDC</p> <p>ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ () ครบ จำนวน ครั้ง () ไม่ครบ</p> <p>เคยมีประวัติแท้งหรือไม่ () เคย สาเหตุการแท้งGA wks. () ไม่เคย</p> <p>เคยคลอดก่อนกำหนดหรือไม่ () เคย สาเหตุการคลอดก่อนกำหนดGAwks.</p> <p>() ไม่เคย</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน () มี ระบุอาการ () ไม่มี</p>
<p>3. การตั้งครรภ์ครั้งนี้</p> <p>อาการสำคัญที่นำท่านมาโรงพยาบาลครั้งนี้</p>
<p>4. ผลการตรวจร่างกาย</p> <p>Cx. Dilate cm. ความบางของปากมดลูก cm. MI Statio</p> <p>ระดับ High fundus cm. ส่วนนำของทารก.....</p>
<p>5. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>ผล UA ผล CBC</p>
<p>6. ผลตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ</p> <p>ผล NST ผล Ultrasound</p>
<p>7. การรักษาที่ได้รับ</p>

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ปัจจัยเสี่ยง	มี	ไม่มี
ด้านลักษณะประชากร		
1. อายุ ต่ำกว่า 18 ปีหรือมากกว่า 35 ปี		
2. ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยม		
3. รายได้ครอบครัวต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน		
ด้านประวัติสูติกรรม		
4. ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน		
5. ประวัติการแท้ง		
6. เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของมดลูก เช่น เนื้องอกมดลูกมดลูกผิดปกติ		
7. เคยผ่าตัดบริเวณปากมดลูก		
8. มีภาวะซีดเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก (Hb<11 g/dL) ระบุค่า		
9. รกเกาะต่ำ / มีเลือดออก		
10. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์		
11. ติดเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะโดยไม่มีอาการ ผล UA		
12. ครรภ์นี้เป็นครรภ์แฝด		
ด้านภาวะสุขภาพ		
13. สูบบุหรี่		
14. ใช้สารเสพติด ระบุชนิด		
15. ตีมีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ผสม		
16. ตีมีเครื่องตีที่มีกาเฟอีน		
17. ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 30 kg/m ²		
18. ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20 kg/m ²		
ด้านวิถีการดำเนินชีวิต		
19. ทำงานในอาชีพมากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์		
20. ยืนนานมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน		
21. ไม่มาฝากครรภ์ตามนัด		
22. เดินทางด้วยรถจักรยานยนต์		
23. ถนนเข้าออกบ้านขรุขระ		
24. การพักผ่อนนอนมากกว่า 8 ชั่วโมง/คืน		
ด้านอื่น ๆ		
26. มีโรคแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ทางอายุรกรรม		
27. เคยได้รับอุบัติเหตุ ระบุ.....		
28. ตั้งครรภ์เดี่ยว (Single mom)		
29. หย่าร้างกับสามี		

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง
คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้และโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงว่าข้อความที่ท่านเลือกจะถูกหรือผิด ขอให้ท่านได้ใช้เกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังต่อไปนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่ทุกครั้ง

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่บ้างเป็นบางครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอยู่เลย

เนื้อหาการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านมาพบแพทย์ตามนัด			
2. ท่านนอนพักอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง/คืน			
3. ขณะตั้งครรภ์ท่านงดการดื่มชา กาแฟ			
4. ท่านงดมีเพศสัมพันธ์ตลอดการตั้งครรภ์			
5. ถ้าท่านรู้สึกหิวหรือท้องว่างจะหาอาหารว่างรับประทานก่อน			
6. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ (เนื้อสัตว์ แป้ง/น้ำตาล ไขมัน ผัก และผลไม้) ครบทุก 3 มื้อ			
7. เมื่อท่านมีความเครียดหรือกังวลใจ ท่านจะพูดคุยกับสามี เพื่อน หรือบุคคลที่ไว้ใจได้			
8. ท่านทำงานที่เป็นอาชีพอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง			
9. ท่านมักจะหลีกเลี่ยงการขี่หรือนั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ เมื่อต้องออกไปทำงานหรือธุระข้างนอกบ้าน			
10. ภายหลังปัสสาวะทุกครั้งท่านต้องทำความสะอาดด้วยน้ำและซับให้แห้ง			
11. เมื่อท่านปวดปัสสาวะท่านจะปัสสาวะทันทีไม่กลั้นเอาไว้ก่อน			
12. เมื่อท่านมีตกขาวมีกลิ่นเหม็นจะมาพบแพทย์ทันที			
13. ท่านนับการเดินของลูกในท้องหลังรับประทานอาหาร เข้า กลางวัน เย็น			
14. เมื่อท่านมีอาการปวดท้อง ท้องแข็งเป็นพักๆ ท่านจะนอนพักทันที			
15. เมื่อท่านมีมูกใส มูกเลือดหรือน้ำใสๆออกทางช่องคลอด ท่านรีบมาพบแพทย์ทันที			

ชุดที่ 2 แบบการวางแผนจำหน่ายและติดตามเยี่ยมบ้าน (พยาบาลเป็นผู้ลงบันทึก)

คำชี้แจง แบบการวางแผนจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมบ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาล และ
แก้ไขปัญหาแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสรุปปัญหาและการพยาบาลที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบติดตามเยี่ยมและดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์จากการพยาบาล

ข้อความ	
ส่วนที่ 1 แบบสรุปปัญหาและการพยาบาลที่ได้รับ	
วันที่จำหน่าย	
○ เสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ ○ เสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง	
สรุปปัญหาของสตรีตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด	การพยาบาลที่ต้องปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
ส่วนที่ 2 แบบติดตามเยี่ยมและดูแลอย่างต่อเนื่อง	
ครั้งที่ 1 วันที่ ○ แผนกฝากครรภ์ ○ โทรศัพท์ ○ แอปพลิเคชันไลน์	
ปัญหา	
การแก้ไข	
ครั้งที่ 2 วันที่ ○ แผนกฝากครรภ์ ○ โทรศัพท์ ○ แอปพลิเคชันไลน์	
ปัญหา	
การแก้ไข	
ครั้งที่ 3 วันที่ ○ แผนกฝากครรภ์ ○ โทรศัพท์ ○ แอปพลิเคชันไลน์	
ปัญหา	
การแก้ไข	
ครั้งที่ 4 วันที่ ○ แผนกฝากครรภ์ ○ โทรศัพท์ ○ แอปพลิเคชันไลน์	
ปัญหา	
การแก้ไข	
ครั้งที่ 5 วันที่ ○ แผนกฝากครรภ์ ○ โทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์	
ปัญหา	
การแก้ไข	

ชุดที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ
<p>ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์จากการดูแล</p> <p>1. การคลอด</p> <p>วิธีการคลอด () NL () C/S () V/E () F/E</p> <p>อายุครรภ์ที่คลอด wks.</p> <p>ทารก น้ำหนักแรกเกิด กรัม Apgar score</p>
<p>2. การกลับมารักษาซ้ำที่ห้องคลอด</p> <p><u>ครั้งที่ 1</u> วันที่</p> <p>อาการสำคัญที่มา</p> <p>ผลการรักษา</p> <p>() ไม่คลอดกลับไปพักฟื้นที่บ้าน</p> <p>() คลอด () NL () C/S () V/E () F/E</p> <p>อายุครรภ์ที่คลอด wks.</p> <p>ทารก น้ำหนักแรกเกิด กรัม Apgar score</p> <p><u>ครั้งที่ 2</u> วันที่</p> <p>อาการสำคัญที่มา</p> <p>ผลการรักษา</p> <p>() ไม่คลอดกลับไปพักฟื้นที่บ้าน</p> <p>() คลอด () NL () C/S () V/E () F/E</p> <p>อายุครรภ์ที่คลอด wks.</p> <p>ทารก น้ำหนักแรกเกิด กรัม Apgar score</p>

คู่มือสำหรับดูแลคุณแม่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด



อาการเตือนการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1. เจ็บท้องมีท้องแข็งสลับกับคลาย มากกว่า 6 ครั้งใน 1 ชั่วโมง
2. ปวดบริเวณบั้นเอว ปวดต้นขา ปวดแบบตื้อ ๆ และปวดหน่วง อาจเป็น ๆ หาย ๆ หรือปวดตลอดเวลา
3. มีมูก มูกเลือดหรือน้ำใส ๆ ออกทางช่องคลอด อาจมีเลือดปนออกมาด้วยเป็นสีแดงจาง ๆ สีชมพู หรือสีน้ำตาล
4. ทารกดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้ง ใน 1 วัน

****ถ้ามีอาการเหล่านี้ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที****



การดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้าน

1. นอนพักบนเตียง ไม่ยกของหนัก ไม่ขี่หรือนั่งซ้อนรถจักรยานยนต์ให้เกิดการกระเทือน
2. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และแบ่งมื้ออาหารเป็น 5 มื้อ โดยรับประทานอาหารหลัก 3 มื้อ และระหว่างมื้ออีก 2 มื้อ
3. ไม่ควรรับประทานอาหารหมักดอง
4. ดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว
5. งดมีเพศสัมพันธ์
6. ห้ามกลืนขับถ่ายปัสสาวะเสร็จแล้วให้ล้างทำความสะอาดและซับให้แห้งเสมอ
7. มีอาการไอ เจ็บคอ ท้องเสีย ปัสสาวะขัด กระปริดกระปรอย หรือเมื่อมีตกขาวผิดปกติ เช่น ตกขาวมีสีเขียว มีกลิ่นเหม็น คันในช่องคลอด ต้องรีบมาพบแพทย์เพื่อรักษา
8. งดการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และเสพสารเสพติด



หากคุณแม่มีอาการที่สงสัยว่าจะมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ควรนอนตะแคงซ้าย ไม่ควรนอนหงายเพราะจะทำให้มดลูกบีบตัวมากขึ้น ติดตามอาการบีบตัวของมดลูกตามที่กล่าวมา หากนอนพักแล้วไม่ดีขึ้นมีการบีบตัวถี่และแรงขึ้น ควรรีบไปพบแพทย์



ติดตามสุขภาพทารกโดยการนับลูกตื่น
วิธีการนับ ให้นับครั้งละ 1 ชั่วโมง
หลังรับประทานอาหาร 3 มื้อ

ตัวอย่าง

วันที่	เช้า	กลางวัน	เย็น	รวม
1/4/60	////	////	//// ////	18

* ถ้าทารกตื่นน้อยกว่า 10 ครั้ง ใน 1 วัน

ให้รีบไปโรงพยาบาล*

วันที่	เช้า	กลางวัน	เย็น	รวม

วันที่	เช้า	กลางวัน	เย็น	รวม

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อสอบถาม

02-701-8132-9 ต่อ 3085-3086

แบบบันทึกการหดตัวของมดลูก

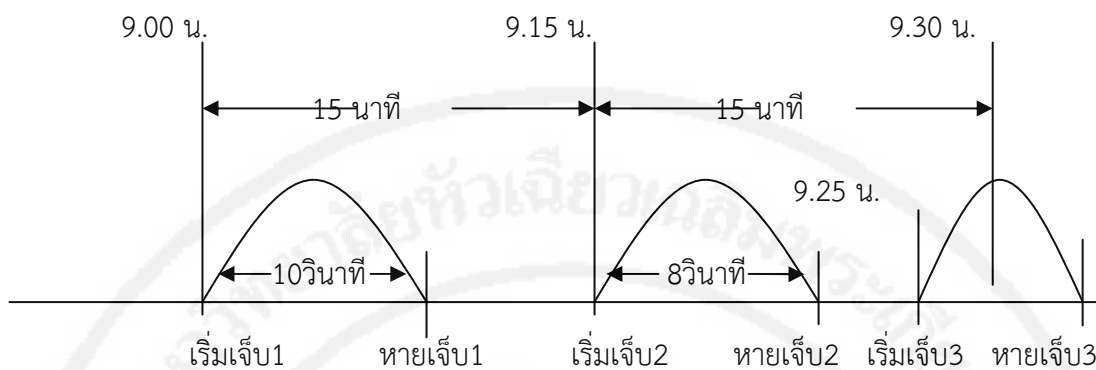


วิธีการสังเกตการณ์หดตัวของมดลูก

เมื่อเริ่มมีอาการปวดหน่วงท้อง มีท้องแข็งตึง ให้นำมือมาวางสัมผัสที่หน้าท้องส่วนที่สูงที่สุด สังเกตความตึงตัวของหน้าท้องว่ามีท้องแข็งนานกี่วินาทีถึงจะคลายตัวจนไม่มีการแข็งตัว และเมื่อเริ่มเจ็บมีท้องแข็งใหม่อีกครั้ง ดูระยะเวลาของความห่างว่านานกี่นาที

หากนอนพักไม่ดีขึ้น พบว่า มีการแข็งตัวของมดลูกทุก 10 นาที หรือ 8 ครั้ง ใน 1 ชั่วโมง ให้รีบมาพบแพทย์

แบบบันทึกการหดตัวของมดลูก



ครั้งที่	วันที่	เวลา	เริ่มเจ็บ ถึงหายเจ็บ (วินาที)	ระยะห่างเริ่มเจ็บ ถึงเริ่มเจ็บอีกครั้ง (นาที)	การแก้ไข
1	1/4/60	9.00	10	15	หยุดทำงานแล้วนอนพัก
2	1/4/60	9.15	8	10	พบแพทย์
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

แผนการสอน	การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง
ผู้เข้ารับการอบรม	สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
วัตถุประสงค์	เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านไม่ให้คลอดก่อนกำหนด
เวลา	20 นาที

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหาสาระ	กิจกรรมการเรียนการสอน	เวลา	สื่อการสอน	ประเมินผล
1. สามารถประเมิน สุขภาพทารก ในครรภ์ได้	การตื่นของทารกในครรภ์เป็นการแสดงถึง การมีชีวิตของทารกในครรภ์ 1. สอนวิธีการนับการตื่นของทารกให้นับ 1 ชั่วโมง หลังจากรับประทานอาหาร 2. สอนการใช้แบบบันทึกสุขภาพลูก ในครรภ์โดยการนับลูกตื่น	กิจกรรมที่ 1 - ผู้วิจัยกล่าวนำเปิดประเด็นให้มีการ แลกเปลี่ยนความรู้เรื่อง การตื่นของลูก - นำแบบบันทึกสุขภาพลูกในครรภ์ โดยการนับลูกตื่นมาให้ทดลองทำและ ประเมินผล	5 นาที	- แบบบันทึก สุขภาพลูกในครรภ์ โดยการนับลูกตื่น	- สามารถใช้แบบ บันทึกสุขภาพลูกใน ครรภ์โดยการนับ ลูกตื่นได้
2. สามารถบอก วิธีการดูแลตนเอง เมื่ออยู่บ้านได้	การดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้าน 1. นอนพักบนเตียง ไม่ยกของหนัก ไม่ขี่ หรือนั่งซ้อนรถจักรยานยนต์ให้เกิดการ กระเทือน 2. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และ แบ่งมื้ออาหารเป็น 5 มื้อ โดยรับประทาน หลัก 3 มื้อ และระหว่างมื้ออีก 2 มื้อ ไม่ควรรับประทานอาหารหมักดอง	กิจกรรมที่ 2 - ผู้วิจัยสอบถามพฤติกรรมที่เคยทำ มาก่อน เรื่อง การปฏิบัติตนของสตรี ตั้งครรภ์และให้ความรู้ที่พร้อมตาม ที่สตรีตั้งครรภ์ได้ทำแบบประเมิน พฤติกรรม	5 นาที	- คู่มือสำหรับดูแล คุณแม่เจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด	- การซักถาม สามารถตอบคำถาม ได้ตามหัวข้อ

(ต่อ)

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหาสาระ	กิจกรรมการเรียนการสอน	เวลา	สื่อการสอน	ประเมินผล
3. สามารถ ประเมินการเจ็บ ครรภ์ด้วยตนเองที่ ควรมาพบแพทย์ได้	<p>3. งดมีเพศสัมพันธ์</p> <p>4. ดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว</p> <p>5. ห้ามกลั้นขับถ่ายปัสสาวะ เมื่อปัสสาวะ เสร็จแล้วควรล้างทำความสะอาดและซับให้แห้ง เสมอ</p> <p>6. มีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการไอ เจ็บคอ ท้องเสีย ปัสสาวะขัด กระปริดกระปรอย ตกขาวผิดปกติ มีสีเขียว มีกลิ่นเหม็น คันใน ช่องคลอด ต้องรีบมาพบแพทย์เพื่อรักษา</p> <p>7. งดการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และ เสพสารเสพติด</p> <p>แบบบันทึกการหดตัวของมดลูก</p> <p>การสังเกตการหดตัวของมดลูกหรืออาการ เจ็บครรภ์ช่วยพยากรณ์ถึงความเสี่ยงที่จะทำให้ เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้หากสตรีตั้งครรภ์ มีการเฝ้าระวัง สังเกตและจดลงในแบบบันทึก</p>	<p>กิจกรรมที่ 3</p> <p>- นำแบบบันทึกการหดตัวของ มดลูกมาให้ทดลองทำและ ประเมินผล</p>	5 นาที	- แบบบันทึก การหดตัวของ มดลูก	- สามารถใช้แบบ บันทึกการหดตัว ของมดลูกได้ ถูกต้อง

(ต่อ)

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหาสาระ	กิจกรรมการเรียนการสอน	เวลา	สื่อการสอน	ประเมินผล
4. สามารถบอก อาการเตือนเจ็บ ครรภ์คลอดก่อน กำหนดได้	อาการเตือนการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด 1. เจ็บท้องมีท้องแข็งสลับกับคลาย มากกว่า 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง 2. ปวดบริเวณบั้นเอว ปวดต้นขา ปวด แบบตื้อ ๆ และปวดหน่วง อาจเป็น ๆ หาย ๆ หรือปวดตลอดเวลา 3. มีมูก มูกเลือดหรือน้ำใส ๆ ออกทางช่อง คลอด อาจมีเลือดปนออกมาด้วยเป็นสีแดง จางๆ สีชมพู หรือสีน้ำตาล 4. ทารกดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้งใน 1 วัน	กิจกรรมที่ 4 - ผู้วิจัยสอบถามความรู้ของสตรี ตั้งครรภ์เรื่องอาการผิดปกติที่รับมา พบแพทย์และสรุปอาการสำคัญ	5 นาที	- คู่มือสำหรับดูแล คุณแม่เจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด	- การซักถาม สามารถตอบคำถาม ได้ตามหัวข้อ

