

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก
ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
Development of a Nursing Care Model Based on Seven Aspects
of Care for Pregnant Women with Premature labor

อรกัญญา ฟังสูงเนิน, พย.บ.*

ระวีวัฒน์ นูมานิต, พย.บ.*

ศิริพร ชมงาม, พย.บ.*

อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์, พย.ม.*

โสภา บุตรดา, พย.ม.*

Omkanya Fungsungnern, B.N.S.*

Raweewat Numanit, B.N.S.*

Siriporn Chomngam, B.N.S.*

Aungsana Siriwatanametanon, M.N.S.*

Sopa Budda, M.N.S.*

*กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

* Department of Nurse, Buri Ram Hospital, Buri Ram Province, Thailand, 31000

*Corresponding author, E-mail address: ornkanyaoo@gmail.com

Received: 11 Oct 2023. Revised: 16 Oct 2023. Accepted: 13 Nov 2023

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่ผ่านมา พบว่าการดูแลส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลทางด้านร่างกาย ให้ทำตามแผนการรักษา และคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการดูแลตนเอง ทำให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นทุกปี
- วัตถุประสงค์** : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- วิธีการศึกษา** : ศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research&Development) ทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 26 - 36 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ.2566 ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์ และศึกษารอบแนวคิดหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก ศึกษาผลลัพธ์ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 23 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 21 คน ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบได้แก่ ความรู้เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การกลับมารักษาซ้ำ อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างวิเคราะห์ด้วย Independent t-test และ Chi square test

- ผลการศึกษา** : 1) ได้รูปแบบการพยาบาลที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมและพยาบาลได้ปฏิบัติตามบทบาทอิสระชัดเจน 2) ผลการพัฒนาพบว่า 2.1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังการทดลองระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2.2) พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มแตกต่างกันทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2.3) การกลับมารักษาซ้ำกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2.4) ค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอดกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2.5) ค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 3) ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อการได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.23, SD= 2.14) และ 4) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.52, SD= 0.51)
- สรุป** : รูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถยืดอายุครรภ์ให้คลอดครบกำหนด และน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม
- คำสำคัญ** : การพัฒนาแบบการพยาบาล การพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ABSTRACT

- Background** : Caring for pregnant women who have premature labor who received treatment in the delivery room Buriram Hospital in the past It was found that most of the care was physical care. Give medication according to treatment plan and advice on how to act to prevent recurrence It is not yet effective enough to make pregnant women aware of taking care of themselves. This causes the rate of premature birth to increase every year.
- Objective** : To develop and study the results of nursing models based on main clinical duties. In caring for pregnant women who have premature labor pains.
- Methods** : This investigation takes the form of research and development. The research participants were pregnant women diagnosed with premature labor and having gestational age of 26 - 36 weeks Received treatment between July 2023 and October 2023. The study was conducted in three phases. The first phase Analyze the situation and study the conceptual framework of the main clinical duties of professional nurses. Self-management support concept. The second one was dedicated to development of nursing care model based on seven aspects of care. The results were studied in a control group and an experimental group, 23 people each. A total of 21 nurses working in the delivery rooms also participated in this research study. The third phase Evaluate the effectiveness of the model including: Knowledge about premature birth Self-care

behaviors to prevent premature labor Returning for repeat treatment Gestational age at birth birth weight and Satisfaction of pregnant women and professional nurses with the developed model. Data analysis was conducted using statistics, including percentage, mean, and standard deviation. Independent t-test and Chi square test were carried to determine the statistically significant difference.

Results

- : 1) A nursing model is obtained in which pregnant women receive holistic nursing care and nurses have clear independent roles; 2) Results of the development indicated that: 2.1) The average knowledge scores after the experiment were significantly different between the control and experimental groups ($p < 0.001$); 2.2) Self-care behavior after the experiment was significantly different between the control and experimental groups ($p < 0.001$); 2.3) Re-admission of the experimental group was significantly less than that of the control group ($p < 0.001$); 2.4) The average gestational age at birth of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p < 0.05$); and 2.5) The average birthweight of the experimental group was significantly more than that of the control group ($p < 0.001$); 3) The overall satisfaction of pregnant women towards the nursing care model based on seven aspects of care was at a high level (Mean= 4.23, SD= 2.14); and 4) The overall satisfaction of registered nurses was at a high level (Mean= 4.52, SD= 0.51).

Conclusion

- : The nursing care model based on seven aspects of care for pregnant women with premature labor can extend the gestational age to the full-term pregnancy and the newborn babies have the birthweight of more than 2,500 grams.

Keywords

- : Development of Nursing Care Model, Seven Aspects of Care, Premature Labor.

หลักการและเหตุผล

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor, premature labor) หมายถึง การเจ็บครรภ์คลอดที่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการบางตัวลง และ/หรือการขยายตัวของปากมดลูกตั้งแต่อายุครรภ์ 24^{0/7} สัปดาห์ถึง 36^{6/7} สัปดาห์⁽¹⁾ หากไม่สามารถยับยั้งได้ จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็ก⁽²⁾ พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยที่ร้อยละ 10 - 12 ใน 180 ประเทศทั่วโลกพบอุบัติการณ์เฉลี่ยที่ร้อยละ 5 - 18 ของการเกิดมีชีวิต 100 ราย⁽³⁾ สำหรับประเทศไทย พบ

อุบัติการณ์ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด ในปีพ.ศ.2563 ถึงปีพ.ศ.2565 เท่ากับ 12.38, 12.47 และ 11.83 ตามลำดับ (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 7)⁽⁴⁾ กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 3 (ปีพ.ศ. 2566 - 2570) 1 ใน 4 ของยุทธศาสตร์หลัก กำหนดตัวชี้วัด คือ ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ลดลงร้อยละ 0.5 เทียบกับปีที่ผ่านมาหรืออัตราไม่เกินร้อยละ 7 งานห้องคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 26 สัปดาห์ หรือคาด

คะแนนน้ำหนักทารกตั้งแต่ 800 กรัมขึ้นไปที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดทั้งในรายปกติและมีภาวะแทรกซ้อน ปีพ.ศ.2563 ถึงพ.ศ.2565 รับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.37, 9.70 และ 10.27 ตามลำดับ และในจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด พบอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เท่ากับ 51.46, 52.60 และ 57.60 ตามลำดับ⁽⁵⁾

กองการพยาบาลกำหนดมาตรฐานการดูแลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 ประการ (7 aspect of care) ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ 2) การจัดการอาการรบกวน 3) การดูแลความปลอดภัย 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา 5) การให้การดูแลต่อเนื่อง 6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง และ 7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ เพื่อให้พยาบาลนำมาใช้ในการพัฒนาบริการพยาบาล ในการตอบสนองปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่ผ่านมา พบว่าการดูแลส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลทางด้านร่างกาย ให้อยู่ตามแผนการรักษา และคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการดูแลตนเอง และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นการพัฒนาที่มุ่งเน้นกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีเพียงการศึกษาของจุฬารัตน์ หัวหาญ และคณะ⁽⁶⁾ และพรจิต จันโทภาส และคณะ⁽⁷⁾ ที่ศึกษารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการพยาบาลผู้คลอด (7 Aspect of care) ผู้วิจัยจึงสนใจในการนำแนวคิดนี้มาเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติแสดงบทบาทอิสระของพยาบาลให้ชัดเจน เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน โดยคาดหวังว่าจะสามารถยืดอายุครรภ์ให้คลอดครบกำหนดและน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดมาตรฐานการดูแลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 ประการ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) เริ่มศึกษาสถานการณ์เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2566 จนถึงสิ้นสุดการวิเคราะห์ข้อมูลเดือนตุลาคม พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัย มี 2 กลุ่มคือ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ.2566 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดทุกคนจำนวน 21 คน

กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ตั้งแต่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2566 ถึง 4 ตุลาคม พ.ศ.2566 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากงานวิจัยของสุริพร กัฬะสุด และคณะ⁽⁸⁾ นำไปคำนวณในโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 จากการทดสอบ t-test dependant means แบบ One-tailed โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด (matched pair) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .95 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 และขนาดอิทธิพลค่าความต่าง (effect size) ขนาดกลางเท่ากับ 0.5 คำนวณได้ขนาดอิทธิพลค่าความต่างเท่ากับ 1.63 ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับขนาดอิทธิพลค่าความต่างเหลือ 0.8

จากนั้นคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มละ 19 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 23 คน ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้จึงใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน กลุ่มควบคุม 23 คน โดยผู้วิจัยทำการศึกษากลุ่มควบคุมก่อน เมื่อครบจำนวนแล้วจึงศึกษาในกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการวิจัย และป้องกันการเกิดปัญหาทางจริยธรรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการการวิจัยได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เลขที่ บร 0033.102.1/42 วันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ.2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) รูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก 2) คู่มือการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) แผนการสอนเรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4) วิดีทัศน์เรื่องความรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแผ่นภาพอินโฟกราฟฟิก 4 เรื่อง และ 5) แบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2.1) แบบสอบถาม 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมขณะตั้งครรภ์ ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของทิพสุดา นุ้ยแมน⁽⁹⁾ และอัสมะ จารู⁽¹⁰⁾ เป็นแบบมาตราส่วนวัด 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย ปฏิบัติน้อย และไม่เคยปฏิบัติ ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ดัดแปลงมาจากอัสมะ จารู⁽¹⁰⁾ และ หทัยกาญจน์ หวังกุล⁽¹¹⁾ เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 ตอบผิดให้ 0 ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ

เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากสมุดบันทึกสุขภาพ แม่และเด็กและฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ส่วนที่ 5 แบบบันทึกผลลัพธ์ของการดูแลจากแฟ้มประวัติของหญิงตั้งครรภ์ 2.2) แบบวัดความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจหญิงตั้งครรภ์ของศิริรัตน์ สัตนา⁽¹²⁾ เป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ และ 2.3) แบบวัดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาหรือสร้างขึ้นจำนวน 7 ชุด ผ่านการตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านประกอบด้วย สติ-สติแพทย์ 1 ท่าน หัวหน้างานห้องคลอด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติกรรม 2 ท่าน และพยาบาลชั้นสูง (APN) 1 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแต่ละแบบสอบถามมากกว่า 0.9 ทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ห้องคลอด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 20 คน นำมาหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.86

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (R1) จำนวน 4 สถานการณ์ ได้แก่ 1) ปัญหาการพยาบาลตามกระบวนการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องคลอดในหญิงตั้งครรภ์ 5 คน และพยาบาลผู้ดูแล 12 คน 2) การสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์ที่ 1 3) สนทนากลุ่มศึกษาความคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 21 คน และ 4) วิเคราะห์ข้อมูลการบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียน 20 เวชระเบียน ขั้นตอนที่ 2 ศึกษา 1) กรอบแนวคิดหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 2) แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง

3) งานวิจัยที่ตีพิมพ์และเผยแพร่ตั้งแต่ปี 2552 ถึง ปี 2565 **ระยะที่ 2** มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สร้างและพัฒนารูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก (Design and Development) (D1) จัดประชุมทีมพัฒนารูปแบบการพยาบาล ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 21 ปี (SD 10.5) จำนวน 12 คน และวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 2 ทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก ครั้งที่ 1 (R2) ในหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 5 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแล จำนวน 7 คน ผู้วิจัยและทีมพัฒนาร่วมสังเกตแบบมีส่วนร่วม ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลในเวรตึก เวิร์ช และเวรบ่าย นำมาปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก ครั้งที่ 1 (D2) ทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก ครั้งที่ 2 (R3) ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 23 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติคือ ชักประวัติ ตรวจร่างกายหญิงตั้งครรภ์ ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ประเมินความก้าวหน้าของการยับยั้งคลอด เมื่อไม่มีการหดตัวของมดลูก แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติและมาตรวจครรภ์ตามนัด กลุ่มทดลองได้รับการดูแล ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และ **ระยะที่ 3** ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก (D3)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างวิเคราะห์ด้วย Independent t-test และ Chi square test

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4 สถานการณ์ ได้แก่สถานการณ์ที่ 1 ปัญหาตามกระบวนการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่ายออก

จากห้องคลอด พบว่าขาดการประเมินปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมขณะตั้งครรภ์ เน้นการจำกัดกิจกรรมและขาดการมีส่วนร่วมของสามีหรือผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ สถานการณ์ที่ 2 สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษที่ห้องคลอดพบว่าได้รับข้อมูลแผนการพยาบาลสุขภาพทารกในครรภ์น้อยและเกิดความไม่สุขสบายขณะเข้ารับการรักษ สถานการณ์ที่ 3 สนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์พบว่าทำให้การพยาบาลไม่แตกต่างจากผู้คลอดครบกำหนด เน้นแผนการรักษาของแพทย์ และสถานการณ์ที่ 4 ข้อมูลการบันทึกทางการพยาบาล พบว่าการบันทึกกิจกรรมพยาบาลและการประเมินผลไม่ชัดเจน ไม่มีการวางแผนจำหน่าย

2. รูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก ตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง ระยะจำหน่าย และการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย ดังนี้

2.1 การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Assessment) ประกอบด้วย 1) ระยะแรกรับ ประเมินอาการเจ็บครรภ์ สุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก ความก้าวหน้าของการคลอด 2) ระยะต่อเนื่อง ประเมินสุขภาพ สัญญาณชีพ ความเครียด ความไม่สุขสบาย ความปวด ร่วมกับพฤติกรรมการเผชิญความปวด 5 ด้าน อาการข้างเคียงของยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก เมื่อมีระยะห่างของการหดตัวของมดลูกในแต่ละครั้งมากกว่า 10 นาที ให้ตอบแบบประเมินความรู้เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบสอบถามพฤติกรรมขณะตั้งครรภ์ 3) หนึ่งวันก่อนจำหน่าย ประเมินซ้ำการหดตัวของมดลูก และเสี่ยงหัวใจทารก 4) วันจำหน่าย ประเมินซ้ำการหดตัวของมดลูก เสี่ยงหัวใจทารก 5) การติดตามหลังจำหน่ายทางโทรศัพท์และคลินิกฝากครรภ์

2.2 การจัดการอาการรบกวน (Symptom Distress Management) ประกอบด้วย 1) ระยะแรกรับ จัดให้นอนพักในห้องรคลอดเสี่ยงสูง (Preterm conner) 2) ระยะต่อเนื่อง ให้การพยาบาลบรรเทาความปวด ส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ บรรเทาอาการข้างเคียงของยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก สนับสนุนความ

อยากอาหาร ลดอาการท้องผูก ใช้เทคนิคการหายใจ ออกกำลังกายเบาๆ 3) หนึ่งวันก่อนจำหน่าย ดูแลการพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย 4) วันจำหน่าย ให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง การผ่อนคลายความเครียด 5) การติดตามหลังจำหน่าย สอบถามอาการไม่สุขสบาย อาการรบกวนที่อาจทำให้เกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ให้คำแนะนำในการบรรเทาอาการต่างๆ

2.3 การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) ประกอบด้วย 1) ระยะแรกรับและระยะต่อเนื่อง กำหนดระยะเวลาในการประเมินการหดตัวของมดลูกและสุขภาพทารกในครรภ์ซ้ำ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ให้การพยาบาลยึดหลัก Standard precaution, Hand hygiene 2) หนึ่งวันก่อนจำหน่าย เฝ้าระวังอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม 3) วันจำหน่าย ดูแลการกลับบ้านอย่างปลอดภัย และ 4) การติดตามหลังจำหน่าย สอบถามความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม และให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ

2.4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา (Prevention of Complication) ประกอบด้วย 1) ระยะแรกรับและระยะต่อเนื่อง เฝ้าระวังการติดเชื้อในโพรงมดลูก ภาวะเยื่อปัสสาวะอักเสบ การตกเลือดก่อนคลอด เตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด ใช้เครื่องติดตามสัญญาณชีพ วัดระดับออกซิเจนปลายนิ้ว ป้องกันติดเชื้อในช่องปาก 2) หนึ่งวันก่อนจำหน่าย สอบถามอาการผิดปกติที่เกิดจากการดูแลรักษา

2.5 การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care) ประกอบด้วย 1) ระยะแรกรับ และระยะต่อเนื่อง ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดหรือการยับยั้งการคลอด ส่งต่อแผนการรักษา อาการ การพยาบาล ที่ให้ขณะรับ-ส่งเวรและในบันทึกทางการพยาบาล ประสานแผนกโภชนาการ เพิ่มสารอาหารในแต่ละมื้ออาหารตามผลการประเมินค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ 2) หนึ่งวันก่อนจำหน่าย แจ้งการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละครั้ง และทุกครั้งที่มาใช้บริการฝากครรภ์ และหากเข้ารับการรักษาซ้ำมีการคลอด

ให้โทรแจ้ง 3) วันจำหน่าย บันทึกภาระงานทางการเจ็บครรภ์และจำนวนครั้งของเสียงหัวใจทารก การรักษาที่ได้รับในห้องคลอด และ 4) การติดตามหลังจำหน่าย โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละครั้ง และทุกครั้งที่มาใช้บริการฝากครรภ์ รวมทั้งติดตามกรณีไม่มาฝากครรภ์ตามนัด สอบถามการปฏิบัติตัว น้ำหนักตัว อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันทีและปัญหาต่างๆ ติดตามเยี่ยมโดยทีมวิจัย จนกระทั่งคลอด

2.6 การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว (Facilitation of Patient and Family Self Care) ประกอบด้วย 1) ระยะต่อเนื่อง นัดหมายสามีหรือผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ ร่วมรับฟังความรู้ ตามแผนการสอน แจ้งผลการคำนวณค่า BMI และวันครบกำหนดคลอดที่อายุครรภ์ 37 และ 40 สัปดาห์ ฝึกทักษะการนับจำนวนครั้งการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง ฝึกผ่อนคลายความเครียด การผ่อนคลายความปวด 2) หนึ่งวันก่อนจำหน่าย ทวนซ้ำเรื่องการปฏิบัติตัว อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที การมาตรวจครรภ์ตามนัด และการทบทวนความรู้ 3) วันจำหน่าย ให้กำลังใจในการปรับพฤติกรรมขณะตั้งครรภ์ ป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ และ 4) การติดตามหลังจำหน่าย สอบถามการปฏิบัติตัว อาการผิดปกติ และปัญหาต่างๆ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม

2.7 การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Enhancement of Patient Satisfaction) ประกอบด้วย 1) ระยะแรกรับ ต้อนรับด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ให้ข้อมูลปฐมภูมิเทศ แจ้งอาการ อาการแสดงผิดปกติที่ตรวจพบและแผนการรักษา 2) ระยะต่อเนื่อง เปิดเสียงการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ขณะตรวจด้วยเครื่อง EFM กำหนดช่วงเวลาเข้าเยี่ยม ฝากของ สอบถามอาการ 3) หนึ่งวันก่อนจำหน่าย แจ้งให้ทราบล่วงหน้า 1-2 วัน 4) วันจำหน่าย ดูแลเตรียมเอกสาร ยา ค่าใช้จ่ายอย่างครอบคลุม ไม่เกิดระยะเวลารอคอยก่อนกลับบ้าน และ 5) การติดตามหลังจำหน่าย ให้หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง

3. การประเมินประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 28.6 ปี (SD 8.4) กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 27.5 ปี (SD 6.9) เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ของครอบครัว การพักอาศัยและลักษณะที่อยู่อาศัย พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

3.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลองตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 เท่ากัน คือร้อยละ 26.1 กลุ่มควบคุมตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 43.5 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแท้งบุตร ส่วนใหญ่มีประวัติผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน กลุ่มทดลองมีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดมากกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 21.7

และ 4.3 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเข้ารับการรักษาเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 30-33 สัปดาห์มากที่สุดร้อยละ 52.2 และ 56.6 ทั้งสองกลุ่มไม่เคยเข้ารับการรักษาด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 95.7

3.1.3 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปีร้อยละ 57.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 100 ประสบการณ์ทำงานในระดับผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ร้อยละ 42.9 ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านสูติศาสตร์ร้อยละ 23.8

3.2 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3.2.1 เปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก ก่อนและหลังพัฒนาได้แก่ ความรู้เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การกลับมาปรึกษาซ้ำอายุครรภ์เมื่อคลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง	12.60	2.70	12.17	2.69	0.546	0.588
หลังการทดลอง	16.65	1.15	14.43	1.16	6.501	0.000

ตารางที่ 1 พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.588$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนหลังการทดลองทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมขณะตั้งครรภ์ เป็นรายด้านและภาพรวมก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การประเมินพฤติกรรมรายด้าน	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านโภชนาการและยา	26.86	2.47	25.00	1.78	2.94	0.005
ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและการพักผ่อน	39.82	4.15	38.21	3.59	1.40	0.167
ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ	38.78	3.71	38.91	2.41	-0.141	0.888
ด้านการจัดการความเครียด	23.52	1.83	22.30	2.42	1.924	0.061
ภาพรวม	129.00	8.62	124.43	6.61	2.01	0.050

ตารางที่ 2 พบว่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมขณะตั้งครรภ์ เป็นรายด้านและภาพรวม ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมขณะตั้งครรภ์ เป็นรายด้านและภาพรวม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การประเมินพฤติกรรมรายด้าน	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านโภชนาการและยา	29.56	1.44	27.08	1.78	9.54	0.000
ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและการพักผ่อน	45.60	1.40	41.73	3.59	9.18	0.000
ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ	45.47	1.80	43.34	2.41	10.45	0.000
ด้านการจัดการความเครียด	25.04	1.39	24.39	2.42	4.70	0.000
ภาพรวม	145.69	3.09	136.56	5.24	7.18	0.000

จากตารางที่ 3 พบว่าทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของการกลับมารักษาซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การกลับมารักษาซ้ำ	2	8.7	3	13.0	16.941	0.000

ตารางที่ 4 พบว่าความแตกต่างของการกลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด	37.13	1.39	35.78	1.34	3.338	0.002
น้ำหนักทารกแรกเกิด	2974.34	291.73	2648.26	283.25	3.846	0.000

ตารางที่ 5 พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอดระหว่างกลุ่มแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

3.2.2 ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อการได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.23, SD= 2.14)

3.2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.52, SD= 0.51)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ยืนยันผลการพัฒนารูปแบบพบว่าสามารถยืดอายุครรภ์ให้คลอดครบกำหนดและน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัมได้ ทั้งนี้รูปแบบที่สร้างขึ้นได้มีการพัฒนาโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา อธิบายได้ว่า

1. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกและการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นการเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติทำให้แสดงบทบาทอิสระของพยาบาลได้ชัดเจน การประเมินความรู้และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์แบบรายบุคคลร่วมกับเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการเจ็บครรภ์ ใช้สื่อการ

สอนที่มีเนื้อหาสั้นกระชับ เข้าใจง่าย สนับสนุนการมีส่วนร่วมของสามีหรือผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทำให้เกิดการสะท้อนคิด รับรู้สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ขณะตั้งครรภ์ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะพร กองเงินและคณะ⁽¹³⁾ พบว่าหญิงตั้งครรภ์และสามีที่รับรู้ปัญหา จะทำให้ปรับพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น

2. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตัวได้เหมาะสม มีคู่มืออ่านทบทวนทำความเข้าใจ มีการบันทึกข้อมูลจำนวนครั้งการหดตัวของมดลูก และสามารถโทรศัพท์สอบถามปัญหา ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเอง สังเกตอาการผิดปกติและตัดสินใจมาพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรงหรือจำเป็น เพื่อรับการยับยั้งคลอดได้ทันเวลา จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา รักษาธรรมและคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีอัตรากลับเป็นซ้ำร้อยละ 20 กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติกลับเป็นซ้ำร้อยละ 40

3. การแจ้งวันครบกำหนดคลอดที่อายุครรภ์ 37 และ 40 สัปดาห์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อยืดอายุครรภ์ให้คลอดครบกำหนด การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือที่คลินิกฝากครรภ์ ทำให้ได้รับคำแนะนำและแก้ไขปัญหาได้อย่างทันที่ ทำให้เกิดความมั่นใจ ประคับประคองให้ตั้งครรภ์ต่อไปจนครบกำหนดคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา รักษาธรรม และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าสามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนด (อายุครรภ์คลอดเฉลี่ย 38 สัปดาห์) แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ (อายุครรภ์คลอดเฉลี่ย 36 สัปดาห์) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. การคำนวณค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ เทียบกับน้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ ร่วมกับอธิบายให้เห็นความสำคัญของน้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์

ซึ่งเป็นช่วงที่น้ำหนักตัวหญิงตั้งครรภ์เพิ่มเร็วที่สุด ร่วมกับคำแนะนำประเภทอาหารที่มีคุณค่าสารอาหารให้ชัดเจน อีกทั้งส่งเสริมการพักผ่อนที่เพียงพอ นอนตะแคงซ้าย ยกปลายเท้าสูง ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปสู่มดลูก ส่งผลต่อการเพิ่มของน้ำหนักทารกในครรภ์^(13,15)

5. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่แรกรับเข้ารับการรักษา การจัดเตรียมสถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่ดี ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ไม่ต้องตอบคำถามเดิมๆ ซ้ำๆ จากพยาบาล เนื่องจากทีมพยาบาลมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างเวรและในแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น การให้ข้อมูลความก้าวหน้าของการพยาบาล คำแนะนำการฝึกปฏิบัติและผลการประเมินซ้ำที่ดีขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าพยาบาลใส่ใจ ได้รับการดูแลเป็นพิเศษมากขึ้น^(16,17)

6. การพัฒนาแบบการพยาบาลครั้งนี้ทำให้พยาบาลเข้าใจการพยาบาลที่แสดงถึงบทบาทอิสระชัดเจนมากขึ้น การมีคู่มือการพยาบาล การฟื้นฟูความรู้และทักษะโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ส่งผลให้ทีมพยาบาลเกิดความมั่นใจในการให้การพยาบาลและภาคภูมิใจเมื่อหญิงตั้งครรภ์คลอดครบกำหนด

สรุป

ผลการวิจัยพบว่าแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมและพยาบาลได้ปฏิบัติตามบทบาทอิสระชัดเจน ทั้งนี้ปัจจัยความสำเร็จสรุปได้ 2 ประการคือ 1) การประเมินความรู้และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมขณะตั้งครรภ์ สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคลโดยการมีส่วนร่วมของสามีหรือผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ มีการสอนการประเมินการหดตัวของมดลูก เน้นย้ำอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์และติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องจนคลอด 2) การมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลที่ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา เสนอแนวทางการแก้ปัญหา ปรับปรุงรูปแบบที่แสดงถึงบทบาทอิสระของพยาบาล ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนืองระยะจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย

ข้อเสนอแนะ

1. นำรูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิก ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ขยายผลให้งานห้องคลอดเครือข่าย จังหวัดบุรีรัมย์และใกล้เคียง
2. พยาบาลคลินิกฝากครรภ์ สามารถนำแบบวัดความรู้เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแบบประเมินพฤติกรรมขณะตั้งครรภ์ ประเมินกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. ใช้เป็นแนวทางในการนิเทศ ติดตาม กำกับ การให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามรูปแบบการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (The Management of Preterm Labor and Preterm Premature Rupture of Membranes). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 พฤษภาคม 2566] ค้นได้จาก:URL: <https://pct.yahahospital.com/pct/cpg/Preterm.pdf>
2. นิจัสกร นังคลา. ผลการดูแลต่อเนื่องต่อความพึงพอใจในการพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำ อายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคะแนนแอปการซ์ของทารกแรกเกิด. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2566] ค้นได้จาก:URL:<https://www.vachiraphuket.go.th/links/j131>
3. อุ่นใจ กอนันตกุล. การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันรักษา. สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ 2562; 28(1):8-15.

4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานตรวจราชการกรมการแพทย์ สาขาทารกแรกเกิดรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565 วันที่ 13 กันยายน 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2566] ค้นได้จาก: URL:https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/20220920065021.pdf.
5. งานห้องคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์. สถิติการบริการห้องคลอด ปี 2563-2565. บุรีรัมย์ : งานห้องคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ; 2565. (เอกสารอัดสำเนา).
6. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, พรจิต จันโทภาส, ศิรา มยุขโชติ, บุญสืบ โสโสม, ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง. รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามกรอบมิติคุณภาพการพยาบาลผู้คลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2564;36(3):503-11.
7. พรจิต จันโทภาส, ศิรา มยุขโชติ, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามกรอบมิติคุณภาพการพยาบาลผู้คลอด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564; 8(2);123-37.
8. สุรีพร กัฬะสุด, พนิดา เชียงทอง, สุรัชนา พงษ์ประสุวรรณ, นุชมาศ แก้วกุลชล, ศุจิรัตน์ ศรีทองเหลือง. ผลของโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(1):59-74.
9. ทิพสุตา น้อยแมน. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ ; คณะพยาบาลศาสตร์ ; บัณฑิตวิทยาลัย, สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ; 2554.

10. อัสมะ จารู. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ ; คณะพยาบาลศาสตร์ ; บัณฑิตวิทยาลัย, สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ; 2561.
11. หทัยกาญจน์ หวังกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ; คณะสาธารณสุขศาสตร์ ; บัณฑิตวิทยาลัย, มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2564.
12. ศิริรัตน์ สัตนา. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กอำเภอขุนทรัง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2565;7(2);109-16.
13. ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา, กาญจนา สมบัติศิริพันธ์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวนของการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. วารสารสภาการพยาบาล 2559;31(3);67-82.
14. ชลธิชา รักษาธรรม, ทวีศักดิ์ กสิผล, กมลทิพย์ ชลัษธรรมเนียม. แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19(พิเศษ);348-56.
15. Dolatian M, Sharifi N, Mahmoodi Z. Relationship of socioeconomic status, psychosocial factors, and food insecurity with preterm labor: A longitudinal study. Int J Reprod Biomed 2018;16(9):563-70. PMID: 30643863
16. Dahlberg U, Aune I. The woman's birth experience---the effect of interpersonal relationships and continuity of care. Midwifery 2013;29(4):407-15. doi: 10.1016/j.midw.2012.09.006.
17. Mete S, Ozberk H. Relaxation-Focused Nursing Care in Threatened Preterm Birth: Can it be a Complementary Treatment? Int J Caring Sci 2020;13(3):2110-21.