

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาล สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลสมุทรสาคร

บุบผาชาติ เพ็ญสุข, ป.พ.ส*

พัชรินทร์ นาเมืองรักษ์, ศศ.ด** และมัลลิกา นวมเจริญ พย.บ***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2. ประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ 3. ประเมินผลทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพโดยเลือกแบบเจาะจง 22 คน และสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามเกณฑ์คัดเข้า 50 คน กรอบแนวคิดประยุกต์ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) การพัฒนาแบ่งเป็น แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 2) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามความคิดเห็น แบบสังเกต แบบประเมินความเครียดด้วยสายตา และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลลัพธ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกลุ่มก่อนใช้ และหลังใช้แนวปฏิบัติด้วย Paired t-test Independent t-test และ Chi-squar test

ผลการวิจัยพบว่า 1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 5 หมวด คือ 1) ระยะก่อนรับใหม่ 2) ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก 3) ระยะการพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมง 4) ระยะจำหน่าย และ 5) ระยะติดตาม 2. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และความคิดเห็นหลังนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.97 \pm 0.10$ และ $M = 2.96 \pm 0.21$ ตามลำดับ) 3. การประเมินผล พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดวันที่ 2 น้อยกว่าวันแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลระหว่างกลุ่มก่อนใช้ และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ พบความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ดังนี้ อัตราการคลอดภายใน 48 ชั่วโมง, อัตราการคลอดครบกำหนด, อายุครรภ์ที่คลอด และ น้ำหนักทารกแรกคลอด ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีประสิทธิผลในการนำไปใช้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อมารดาและทารก

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

* , *** โรงพยาบาลสมุทรสาคร

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเมธาร์ธย์

Corresponding author E-mail: patcharin.thaijo@gmail.com

(Received: August 27, 2023; Revised: October 19, 2023; Accepted: December 1, 2023)

Development and Evaluation the Clinical Nursing Practice Guidelines for Pregnant Women with Preterm Labour at Samutsakhon Hospital

Buphachat Pensuk, Dip in Nursing Science

Patcharin Namuangrak, D.A & Mullika Nuamcharoen, B.N.S.

Abstract

The objectives of this research were to: 1. Develop Nursing Practice Guidelines (CNPGs) for pregnant women with preterm labor. 2. Study the nurse's ability for implementations and pinions after using the CNPGs. 3. Study the nursing outcomes after using the CNPGs. The sample consisted of 22 nurses by purposive sampling and 50 pregnant women with preterm labor by included criteria. The framework was applied by the Australian National Health and Medical Research Council. The development was divided into 3 phases: 1) The development of CNPGs. 2) Implementation. and 3) Evaluation after using the CNPGs. Data were collected using: The opinion questionnaire, observation, visual stress assessment, and record form. Data were analyzed by using descriptive statistics, Paired t-tests, Independent t-tests, and Chi-square tests.

The results were as follows: 1. The CNPGs for pregnant women with preterm labor at Samutsakhon Hospital consisted of 5 parts: 1) Before admission 2) The first 24 hours of nursing care 3) Post 24 hours of nursing care 4) Discharging 5) Continuous follow-up 2. The overall nurse's ability for implementations and the opinions after using the CNPGs were high level ($M = 2.97 \pm 0.10$ and $M = 2.96 \pm 0.21$ respectively) 3. The nursing outcomes after using the CNPGs: The mean score on the second-day stress was significantly lower than the first day in the operating CNPGs group ($p\text{-value} < .001$). The comparative outcome before and after using the CNPGs group were statistical differences ($p\text{-value} < .05$) as follows: 48-hour delivery rate, term delivery rate, gestational age, and birth weight. The findings of this study demonstrated that The clinical nursing practice guidelines for pregnant women with preterm labor are effective for implementation and good outcomes for mothers and infants.

Key words: Development Nursing Practice Guidelines Pregnant Women Preterm Labour

* , *** Samut Sakhon Hospital

** Faculty of Nursing, Metharath University

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนด จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอวัยวะต่างๆ ยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ร่วมกับน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ซึ่งส่วนใหญ่จะนำไปสู่การเสียชีวิตในช่วง 5 ปีแรก ส่วนทารกที่รอดชีวิตยังต้องเผชิญกับความพิการ ความผิดปกติของการได้ยินและการมองเห็น รวมทั้งพัฒนาการล่าช้า (WHO, 2018) สำหรับประเทศไทย การคลอดก่อนกำหนดยังนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ โดยได้เริ่มบรรจุไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 7 (ปีพ.ศ. 2535-2539) จนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เพิ่มขึ้นในระหว่างปีพ.ศ. 2562-2564 คือ ร้อยละ 9.92, 9.52 และ 9.87 ตามลำดับ ซึ่งกำหนดเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 7 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2565) กล่าวได้ว่าปัญหาการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ท้าทายของทีมสุขภาพที่รับผิดชอบด้านอนามัยแม่และเด็ก ที่ต้องหาแนวทางแก้ไขอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด

สำหรับข้อมูลการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลสมุทรสาคร (2565) โดยพิจารณาจากการคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ต่อการเกิดมีชีพระหว่างปี พ.ศ 2563-2565 พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 9.16, 9.27 และ 9.89 ตามลำดับ และในช่วงปีดังกล่าวยังพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ดังนี้ ร้อยละ 9.26, 10.02 และ 10.11 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ และเกินเกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่มิหน้าที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในแผนกห้องคลอด จากการทบทวนเวชระเบียนแผนกห้องคลอดระหว่างปี พ.ศ.2563-2565 (ระบบฐานข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลสมุทรสาคร, 2565) ยังพบปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสตรีเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้แก่ อัตราการคลอดภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 25.00, 28.00 และ 31.00 ตามลำดับ และอัตราทารกคลอดก่อนกำหนดมีภาวะหายใจลำบาก (APGAR score ที่ 1 นาที < 7) ร้อยละ 31.00, 34.00 และ 41.00 ตามลำดับ นอกจากนี้ในการประชุมร่วมกันในทีมพยาบาลห้องคลอดเพื่อทบทวนปัญหาด้านมาตรฐานการพยาบาลในสตรีที่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบปัญหา ได้แก่ ระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีแผนการพยาบาลดูแลสตรีคลอดก่อนกำหนด แต่ยังไม่มีความปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ของการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ซึ่งจะช่วยให้มีการพัฒนาคุณภาพในการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้มีประสิทธิภาพดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างเป็นขั้นตอนและติดตามอย่างต่อเนื่อง (ชลธิชา รักษาธรรม, 2561; ธรรมวรรณ บุณยสรรค์ และสายใย ก้อนคำ, 2564) หรือการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสามีหรือบุคคลในครอบครัวเพื่อลดความเครียดระหว่างรักษาในโรงพยาบาล (จันทร์จิรา กลมมา, 2558; Kao et al., 2020) การลดสิ่งก่อความเครียดโดยจัดสภาพแวดล้อมให้สงบขณะนอนโรงพยาบาล (สุริพร กัฬหะสุต และคณะ, 2565) รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายที่คำนึงถึงการประเมินสิ่งแวดล้อมเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน (นวรรตน์ ไชยมภู และอาภรณ์ คงช่วย, 2558) ซึ่งจากการทบทวนข้างต้นทั้งหมด พบว่า สตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดความเครียด ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ยึดระยะเวลาการคลอดได้นานขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีที่

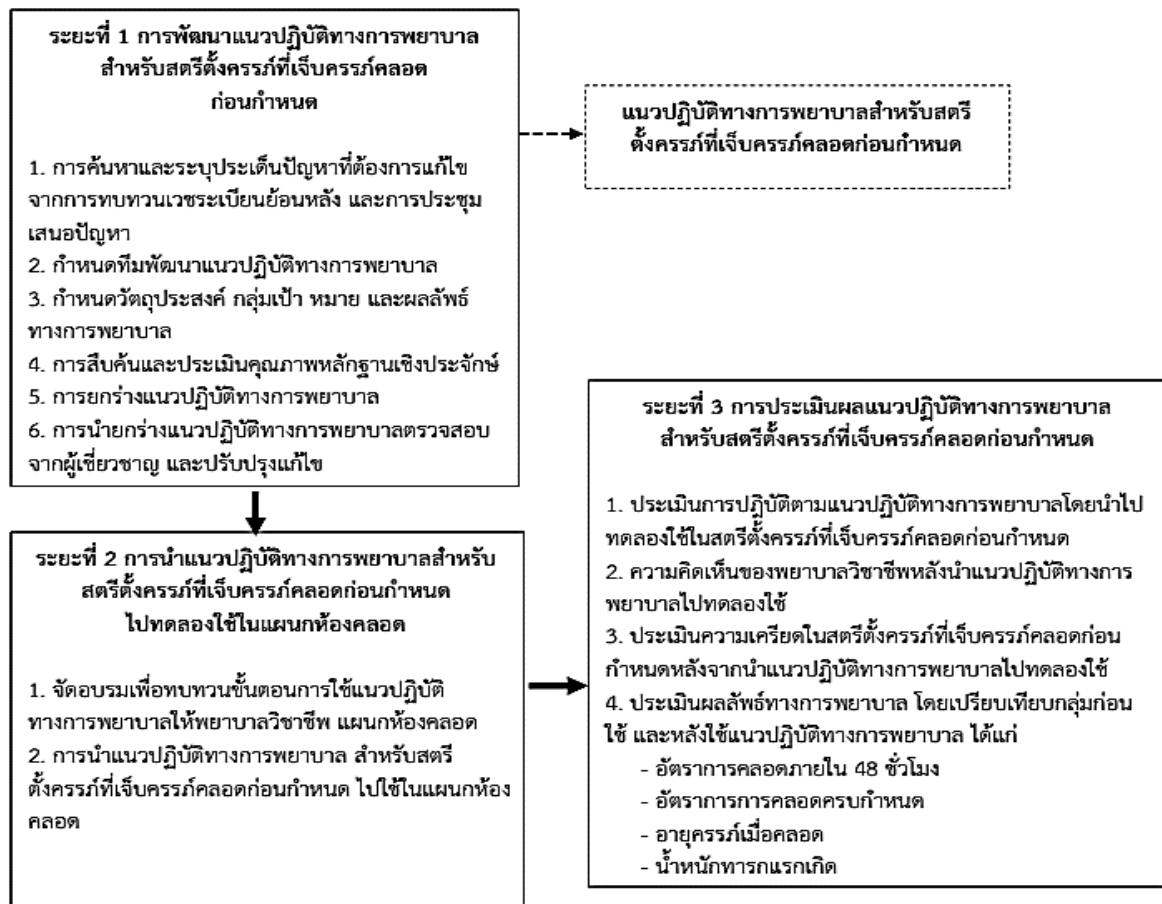
เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในการพยาบาลสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการมีส่วนร่วมของพยาบาลห้องคลอดเป็นทีมพัฒนา โดยประยุกต์ขั้นตอนการพัฒนาของแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้จะสามารถพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนกห้องคลอด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ให้บริการ มารดา และทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. เพื่อประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยนำไปทดลองใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนกห้องคลอด
3. เพื่อประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ด้านประโยชน์ต่อพยาบาลและผู้รับบริการ เนื้อหาความครอบคลุมและความชัดเจน และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
4. เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ขั้นตอนในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้ประยุกต์จากแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2. การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้ไปทดลองใช้ 3. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ประชากรในการศึกษามี 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ ประจำแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยเลือกแบบเจาะจงทั้งหมดที่ปฏิบัติงาน โดยเป็นผู้ร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลระหว่างเดือน ตุลาคม 2565-กุมภาพันธ์ 2566 และเป็นผู้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ ระหว่างเดือน เมษายน 2566 -กรกฎาคม 2566 จำนวน 22 คน

กลุ่มที่ 2 สตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มารับบริการในแผนกห้องคลอด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล รวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ระหว่างเดือน เมษายน 2565-กรกฎาคม 2566 จำนวน 25 ราย
- 2) กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลหลังจากนำไปทดลองใช้ ระหว่างเดือน เมษายน 2566- กรกฎาคม 2566 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 25 ราย

การหาขนาดกลุ่มตัวอย่างยึดหลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ได้จากการเปิดตารางอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติของ Polit and Hungler (1999) โดยกำหนดให้อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$ error prob) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α error prob) เท่ากับ 0.05 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน และได้คำนวณปรับเปลี่ยนขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ร้อยละ 15 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา และเป็นตัวแทนของประชากร จะเป็นกลุ่มตัวอย่าง 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 25 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนี้ 1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และในครรภ์นี้ไม่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาก่อน 2. อายุ 20-40 ปี 3. อายุครรภ์ระหว่าง 26-34 สัปดาห์ 4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ตั้งครรภ์แฝด รกลอกตัวก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ภาวะซีด และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 5. ทารกในครรภ์ไม่มีความผิดปกติ 6. ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คือ Terbutaline 2.5 mg. ผสมใน 5 % D/W 500 ml ให้ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 30 ml/hr. โดย titrate ครั้งละ 5 ml/hr จนกระทั่ง Uterine contraction > 10 นาที

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) 1. ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์ชนิดอื่นๆ เพิ่มเติม หรือเปลี่ยนชนิดยาขับยั้งการเจ็บครรภ์ 2. ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลในเวชระเบียนได้ครบถ้วน

เครื่องมือในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแบบประเมินการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางการพยาบาล การฝึกอบรม/เฉพาะทาง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอด บทบาทหน้าที่

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลไปทดลองใช้ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับได้แก่ น้อย (1 คะแนน), ปานกลาง (2 คะแนน) และมาก (3 คะแนน) โดยแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับคือ 1.00–1.67 เท่ากับ น้อย, 1.68–2.34 เท่ากับ ปานกลาง และ 2.35–3.00 เท่ากับ มาก

2.3 แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลเมื่อนำไปทดลองใช้ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นการปฏิบัติ 5 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะก่อนรับใหม่ 1 ข้อ 2. ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก 14 ข้อ 3. ระยะการพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมง 7 ข้อ 4. ระยะจำหน่าย 2 ข้อ และ 5. ระยะติดตาม 2 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับได้แก่ น้อย (1 คะแนน), ปานกลาง (2 คะแนน) และมาก (3 คะแนน) โดยแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับคือ 1.00–1.67 เท่ากับ น้อย, 1.68–2.34 เท่ากับ ปานกลาง และ 2.35–3.00 เท่ากับ มาก

2.4 แบบบันทึกข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลตั้งครรภ์ ประวัติฝากครรภ์

2.5 แบบประเมินความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยประเมินในกลุ่มที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ และวัดก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทดลองใช้ เป็นมาตรวัดแบบ Visual Analog Scale (VAS) เป็นเส้นตรงที่มีตัวเลขกำกับ 0-10 โดยเลข 0 ซ้ายมือ เท่ากับ ไม่มีความเครียด และเลข 10 ขวามือ เท่ากับ มากที่สุด ให้ประเมินความเครียดตนเองโดยกากบาท (X) ลงบนตัวเลขตามความรู้สึกตัวเอง การแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ (ละอองดาว ชุ่มฉิ, 2554) ดังนี้ 0.00-1.99 เท่ากับ ไม่มีความเครียดเลย, 2.00-3.99 เท่ากับ น้อย, 4.00-5.99 เท่ากับ ปานกลาง, 6.00-7.99 เท่ากับ มาก และ 8.00-10.00 เท่ากับ มากที่สุด

2.6 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประกอบด้วย อัตราการคลอดภายใน 48 ชั่วโมง อัตราการการคลอดครบกำหนด อายุครรภ์เมื่อคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือวิจัย และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน พิจารณาได้แก่ สูติแพทย์ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก และหัวหน้ากลุ่มงานผู้คลอด ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ดังนี้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 1.00 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ เท่ากับ 1.00 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยนำไปทดลองใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 0.97 และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล เท่ากับ 0.95

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ภายหลังแก้ไขตามข้อเสนอแนะนำเครื่องมือไปทดลองใช้ ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องคลอด จำนวน 15 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 0.87 และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เท่ากับ 0.89

จริยธรรมการวิจัย

ก่อนนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ในแผนกห้องคลอด ผู้วิจัยได้ยื่นขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสมุทรสาคร เลขที่ SKH REC 37/25669/V.1 วันที่รับรอง 29 มีนาคม 2566 เมื่อผ่านการรับรองผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และให้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ การเสนอข้อมูลต่างๆ ในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทีมพัฒนาเป็นพยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องคลอด 22 คน ดำเนินการวันที่ 1 ตุลาคม 2565–28 กุมภาพันธ์ 2566 ระยะเวลา 5 เดือน การประชุมเป็นแบบ onsite ร่วมกับ online ดังนี้

ประชุมครั้งที่ 1 การค้นหาและระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข และกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ประชุมครั้งที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ประชุมครั้งที่ 3-4 การสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

ประชุมครั้งที่ 5-6 การยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเป็นแนวปฏิบัติเพื่อนำไปทดลองใช้ในแผนกห้องคลอด

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้ไปทดลองใช้ ดำเนินการวันที่ 1 เมษายน 2566–31 กรกฎาคม 2566 ระยะเวลา 4 เดือน ดังนี้ การประกาศใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยอบรมเพื่อทบทวนขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องคลอด และการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในแผนกห้องคลอด

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในแผนกห้องคลอด

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 ทีมพัฒนาประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องคลอด จำนวน 22 คน
 ดำเนินการวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2566 ระยะเวลา 5 เดือน

ประชุมครั้งที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข
 ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ประชุมครั้งที่ 2 ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ประชุมครั้งที่ 3-4 ขั้นตอนที่ 4 การสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

ประชุมครั้งที่ 5-6 ขั้นตอนที่ 5 การยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
 ขั้นตอนที่ 6 การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงแก้ไข

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้ไปทดลองใช้ในแผนกห้องคลอด
 ดำเนินการวันที่ 1 เมษายน 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2566 ระยะเวลา 4 เดือน

1. จัดอบรมเพื่อทบทวนขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องคลอด
2. การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปใช้ ในแผนกห้องคลอด

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลหลังนำไปทดลองใช้โดยเก็บรวบรวมข้อมูล
 ดำเนินการรวบรวมเมื่อให้การพยาบาลครบทุกระยะ และสิ้นสุดการตั้งครรภ์ทุกกรณี

1. ประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยนำไปทดลองใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ ได้แก่ ด้านประโยชน์ต่อพยาบาลและผู้รับบริการ เนื้อหาความครอบคลุมและความชัดเจน และความพึงพอใจ ต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
3. ประเมินความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังจากนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้
4. ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มก่อนใช้ และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้แก่ อัตราการคลอดภายใน 48 ชั่วโมง อัตราการคลอดครบกำหนด อายุครรภ์เมื่อคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด

ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นำเสนอด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ
2. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล และสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยนำไปทดลองใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แจกแจงด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มก่อนใช้ และหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้วยสถิติ Independent t test และ Chi-square test

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลสมุทรสาครที่พัฒนาขึ้นมีทั้งหมด 5 หมวด ดังนี้ หมวดที่ 1 ระยะก่อนรับใหม่ หมวดที่ 2 ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก (แรกรับ-24 ชม.) หมวดที่ 3 ระยะการพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมง (หลังจาก 24 ชม.-วันก่อนจำหน่าย) หมวดที่ 4 ระยะจำหน่าย (วันจำหน่าย) และหมวดที่ 5 ระยะติดตาม (หลังจำหน่าย 1 วัน และทุก 1 สัปดาห์) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลสมุทรสาคร

แนวปฏิบัติ	ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์, ข้อเสนอแนะ
หมวดที่1 ระยะก่อนรับใหม่ 1. บันทึกรับแจ้งข้อมูล 2. แจ้งเตรียมสถานที่เตียงสงบ 3. ทีมเตรียมอุปกรณ์พร้อมรับ	ระดับ 1,A: สุภาพร เลิศกวินอนันต์(2557); Staneva et al.(2015)
หมวดที่2 ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก 1. ตรวจสอบแผนการรักษาของแพทย์ 2. สร้างสัมพันธภาพ 3. ประเมินสภาพแรกรับร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม 4. ช่วยแพทย์อัลตราซาวด์-เก็บสิ่งส่งตรวจ 5. bed rest 6. อัตราการเต้นของหัวใจทารก และการหดตัวของมดลูก 7. On fetal monitor 8. เก็บสิ่งส่งตรวจ ติดตามและรายงานแพทย์ 9. ให้ยาตามแผนการรักษา Double check) และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยา อาการข้างเคียง 10. ประเมิน PR, BP, การหดตัวของมดลูก, อาการข้างเคียง และ FHR ทุก 15 นาที 4 ครั้งหลังจากนั้นทุก 30 นาที และทุก 1 ชม. (วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชม.) 11. ตรวจปริมาณน้ำที่เข้าและออก 12. ให้ข้อมูลการพยาบาลตามแผนการรักษาให้ญาติรับทราบ	ระดับ 1,A: สุภาพร เลิศกวินอนันต์ (2557) ระดับ 3-I,A: จันทร์จิรา กลมมา(2558); เบญจวรรณ ละหุการ (2560); อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ (2561); สุรีพร กัฬหะสุต และคณะ (2565); Chuang et al.(2012); Rhman et al. (2019); Kao et al.(2019); Alita et al.(2020) ระดับ 3-II,A: ญัฐธมณท์ โกศัย(2553); สุภาพร ชุนทปราณ(2554); สุรัชชา พงษ์ปสรสุวรรณ (2557); นวรัตน์ ไชยมภู (2558) ระดับ 4,A: ปิยาณี นักบุญ(2554); จุฬารัตน์ ท้าวหาญ และคณะ (2564); Perinatal services (2011)
หมวดที่ 3 ระยะการพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมง 1. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ต่อเนื่อง 2. วัด PR, BP, การหดตัวของมดลูก, อาการข้างเคียง และ FHR ทุก 1 ชม. หลังจากนั้นหากไม่ได้รับยาแล้วยังการหดตัวของมดลูก ประเมินทุก 4 ชม. 3. การผ่อนคลายความเครียด โดยให้เลือกกิจกรรมการผ่อนคลายที่ตนเองถนัด สามารถลุกเดินจากเตียงได้ (ยกเว้นในกรณีที่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์) 4. ให้ความรู้ โดยใช้ภาพพลิกประกอบ และเอกสารให้อ่านทบทวน 5. ให้สามี หรือญาติมีส่วนร่วมในการรับความรู้ เพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และให้การสนับสนุนทางจิตใจ 6. วางแผนและแก้ไขปัญหา	ระดับ 1,A: สุภาพร เลิศกวินอนันต์ (2557) ระดับ 3-I,A: จันทร์จิรา กลมมา(2558); เบญจวรรณ ละหุการ(2560); อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ (2561); สุรีพร กัฬหะสุต และคณะ (2565); Chuang et al. (2012); Rhman et al. (2019) Kao et al. (2019); Alita et al. (2020) ระดับ 3-II,A: ญัฐธมณท์ โกศัย (2553); สุภาพร ชุนทปราณ (2554); สุรัชชา พงษ์ปสรสุวรรณ (2557); นวรัตน์ ไชยมภู (2558)

แนวปฏิบัติ	ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์, ข้อเสนอแนะ
เพื่อคลายความวิตกกังวล 7. ก่อนจำหน่าย 1 วัน เป็นการวางแผนจำหน่ายตามวิธี M-E-T-H-O-D โดยให้สามี/ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย และให้ซักถาม	ระดับ 4,A: ปิยาณี นักบุญ, 2554; จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ, 2564; Perinatal services BC, 2011
หมวดที่ 4 ระยะจำหน่าย (วันจำหน่าย) 1. ทบทวนการจำหน่ายตามวิธี M-E-T-H-O-D 2. ทบทวนการนัดหมายโดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และการฝากครรภ์ตามนัด 3. ส่งเสริมให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวที่บ้านต่อเนื่อง	ระดับ 3-II,A: นวรัตน์ ไชยมภู และ อาภรณ์ คงช่วย, 2558 ระดับ 4,A: ปิยาณี นักบุญ (2554); ชลธิชา รักษาธรรม (2561); ธรรมวรรณ บุณสรณ์ (2564); จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ (2564); ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2557)
หมวดที่ 5 ระยะติดตาม หลังจำหน่าย 1 วัน 1. ส่งต่อข้อมูลหน่วยบริการฝากครรภ์ 2. ติดตามทางโปรแกรมไลน์/โทรศัพท์โดยพยาบาลห้องคลอด 3. สอบถามปัญหา/การหดตัวของมดลูก-อาการผิดปกติ-ลูกดิ้น/ การปฏิบัติตัว/ให้คำปรึกษารายบุคคล การติดตามทุก 1 สัปดาห์ 1. ติดตามทางโปรแกรมไลน์/โทรศัพท์ 2. สอบถามปัญหา/การหดตัวของมดลูก-อาการผิดปกติ-ลูกดิ้น/ การปฏิบัติตัว/ให้คำปรึกษารายบุคคล 3. แจ้งเตือนมาฝากครรภ์ตามนัด	ระดับ 4,A: ชลธิชา รักษาธรรม (2561); ธรรมวรรณ บุณสรณ์ (2564); จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ (2564); ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2557)

2. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ แผนกห้องคลอด

2.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ย 31.09 ปี ($SD=8.38$) ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 81.82 ระยะเวลาดังแต่เริ่มปฏิบัติงานเฉลี่ย 9.00 ปี ($SD=8.43$) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอดเฉลี่ย 8.05 ปี ($SD=7.61$) ไม่จบหลักสูตรเฉพาะทางการผดุงครรภ์ ร้อยละ 90.91 ผ่านการอบรมด้านการพยาบาลมารดาและทารก ร้อยละ 100 โดยระยะเวลาที่อบรมหลังสุดอยู่ระหว่าง 1-2 ปี ร้อยละ 63.64 และส่วนใหญ่หน้าที่ในงานเป็นผู้ปฏิบัติการ ร้อยละ 81.82

2.2 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า ทั้ง 5 หมวดพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 2.97, $SD=0.10$) โดยหมวดที่ปฏิบัติตามได้มากที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย 3.00 ($SD=0.00$) คือ หมวดที่ 1 ระยะก่อนรับใหม่ และหมวดที่ 4 ระยะจำหน่าย (วันจำหน่าย) รองลงมาคะแนนเฉลี่ย 2.97 ($SD=0.10$) คือหมวดที่ 2 ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก ดังตารางที่ 2

2.3 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ พบว่า ความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 2.96 ($SD=0.21$) โดยข้อที่มีความคิดเห็นสูงสุดคะแนนเฉลี่ย 3.00 ($SD=0.00$) คือ ฟังขั้นตอนการปฏิบัติมีความชัดเจน ครอบคลุม ปฏิบัติตามได้ง่าย ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้

	M	SD	ระดับ
การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยนำไปใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n=25)			
หมวดที่1 ระยะก่อนรับใหม่	3.00	0.00	มาก
หมวดที่2 ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก	2.97	0.10	มาก
หมวดที่ 3 ระยะการพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมง	2.94	0.15	มาก
หมวดที่ 4 ระยะจำหน่าย	3.00	0.00	มาก
หมวดที่ 5 ระยะติดตาม	2.92	0.27	มาก
รวม	2.97	0.10	มาก
ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ (n=22)			
1. มีประโยชน์ต่อพยาบาลทำให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	2.96	0.21	มาก
2. คู่มือมีเนื้อหาความครอบคลุม ครบถ้วน ไม่ซับซ้อน	2.96	0.21	มาก
3. ฟังขั้นตอนการปฏิบัติมีความชัดเจน ครอบคลุม ปฏิบัติตามได้ง่าย	3.00	0.00	มาก
4. มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ทำให้เกิดผลดีต่อมารดา และทารก	2.96	0.21	มาก
5. มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล	2.96	0.21	มาก
รวม	2.96	0.12	มาก

3. ข้อมูลทั่วไป และการประเมินความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3.1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยแบ่งเป็น กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ 25 ราย และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ 25 ราย พบว่า ทั้งสองกลุ่มอายุเฉลี่ย 28.62 ($SD=5.39$) และ 28.96 ($SD=5.65$) ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ย 23.75 ($SD= 4.64$) และ 22.96 ($SD=4.23$) ตามลำดับ น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 61.42 ($SD=9.83$) และ 58.94 ($SD=9.94$) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 52.00 เคยคลอดบุตรแล้ว 1 ครั้ง ร้อยละ 52.00 และ 56.00 ตามลำดับ ไม่เคยแท้งบุตร ร้อยละ 76.00 และ 92.00 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มไม่มีประวัติเจ็บครรภ์ และคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 100.00 อายุครรภ์แรกคลอดเฉลี่ย 31.13 ($SD=2.41$) และ 31.42 ($SD=2.21$) ตามลำดับ ฝากครรภ์ 1-5 ครั้ง ร้อยละ 52.00 และ 60.00 ปากมดลูกเปิด 1 ซม. ร้อยละ 76.00 และ 68.00

และปากมดลูกบาง 50 % เท่ากันร้อยละ 68.00 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป พบว่า ทั้งหมดไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

3.2 ผลการประเมินความเครียดในกลุ่มที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยวัดก่อน-หลังการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทดลองใช้ พบว่า แกรับมีความเครียดระดับมาก ($M=6.96$, $SD=1.31$) วันที่ 2 มีความเครียดระดับปานกลาง ($M=4.00$, $SD=1.16$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด พบว่า วันที่ 2 มีความเครียดเฉลี่ยน้อยกว่าวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความเครียดและเปรียบเทียบความเครียดก่อน-หลังการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทดลองใช้ ($n=25$)

	ระดับความเครียด	M (SD)	t	p-value
แรกรับ	มาก	6.96 (1.31)	13.47	0.000
วันที่ 2	ปานกลาง	4.00 (1.16)		

4. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มก่อนใช้ และหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทุกด้าน ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มก่อนใช้ และหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ($n = 50$)

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล		กลุ่มก่อนใช้ แนวปฏิบัติ ($n = 25$)	กลุ่มหลังใช้ แนวปฏิบัติ ($n = 25$)	p-value
คลอดภายใน 48 ชั่วโมง	จำนวน (ร้อยละ)	9 (36.00)	2 (8.00)	0.037 ^F
คลอดครบกำหนด	จำนวน/ร้อยละ	3 (12.00)	12 (48.00)	0.012 ^F
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์)	$M \pm SD$	33.38 (2.66)	35.42 (2.79)	0.011 ^T
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	$M \pm SD$	1983.00 (636.56)	2367.60 (380.92)	0.013 ^T

F = Fisher exact test, T = Independent t test

อภิปรายผล

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลสมุทรสาคร ในส่วนเนื้อหา จากการสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์มี 2 ส่วนคือ การจัดระดับความน่าเชื่อถือหลักฐานเชิงประจักษ์ และการจัดระดับข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ โดยคัดเลือกเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทั้งหมด 23 ฉบับ นำไปจัดระดับความน่าเชื่อถือ และคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามแนวทางของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) การประชุมเพื่อพัฒนาร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยทีมพัฒนาทั้งหมดมีความเห็นสอดคล้องกันทั้งหมดเพราะส่วนใหญ่เป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติอยู่ก่อนแล้ว โดยได้ปรับแนวปฏิบัติให้ชัดเจนมากขึ้น สามารถปฏิบัติได้รวดเร็วและครอบคลุม ลดความซ้ำซ้อน มี Flow chart ที่สามารถทบทวนได้ง่าย และชัดเจน มีการประเมินผลทั้งในพยาบาลวิชาชีพ และในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นำให้ผู้เชี่ยวชาญร่วมพิจารณาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้แก่ สูติแพทย์ อาจารย์พยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โดยข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญดังนี้ ควรปรับลดข้อปฏิบัติที่ซ้ำซ้อนกับแพทย์เพื่อให้ลดขั้นตอนการทำงาน โดยปรับให้เป็นการเตรียมและช่วยแพทย์ หลังปรับปรุงและแก้ไข ประกาศใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และอบรมเชิงปฏิบัติการ ก่อนนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ แผนกห้องคลอด

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยนำไปทดลองใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนกห้องคลอด พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้ในระดับมากทุกหมวด และทุกรายข้อ อธิบายได้ว่า เนื่องจากขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมเป็นทีมพัฒนาและการยกร่างแนวปฏิบัติ โดยผ่านขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ครบทุกขั้นตอนตามแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) โดยร่วมกันทบทวนปัญหา การกำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผ่านการสังเคราะห์ความน่าเชื่อถือตามคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ และการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุม ชัดเจน และเข้าใจง่าย ซึ่งการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของทีมพยาบาลทำให้เห็นความสำคัญเกิดความต้องการพัฒนา และให้ความร่วมมือในการพัฒนาจนได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ การทำร่างแนวปฏิบัติเป็นรูปเล่มมีคำอธิบายไว้ชัดเจนสำหรับอ่านทบทวน และมี Flow chart แสดงขั้นตอนการปฏิบัติที่ครบถ้วน กระชับและเข้าใจง่าย การเสริมสร้างทักษะก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยอบรมเชิงปฏิบัติเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้นเมื่อนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ในแผนกห้องคลอด พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจึงสามารถปฏิบัติตามได้ในระดับมากทุกกิจกรรมการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของปิยาณี นักบุญ (2554) โดยพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของงานห้องคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพัฒนาแนวทางการจำหน่ายตามบทบาทหน้าที่ ผลการนำแนวทางการวางแผนจำหน่ายไปใช้ พบว่า ร้อยละ 100 ของทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ในระดับมาก รวมทั้งการศึกษาของอนงค์ เอื้อวัฒนา (2557) โดยพัฒนาระบบการพยาบาลมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด ผู้พัฒนาและนำระบบการพยาบาลไปใช้

ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม หออภิบาลทารกแรกเกิด และกลุ่มงานเวชกรรมสังคม รวม 10 คน ภายหลังจากนำไปใช้ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 83.7 และสามารถปฏิบัติตามแนวทางพยาบาลในระดับสูง ร้อยละ 83.3

ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมากทุกหมวด และทุกรายข้อ อธิบายได้ว่า เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเห็นความสำคัญของการมีแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และมีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอน ทำให้มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการพัฒนา จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมากดังข้อมูลข้างต้น จึงเป็นผลให้ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้จริงอยู่ในระดับมากทุกหมวด และทุกรายข้อ สอดคล้องกับรัศมี พิริยะสุทธิ์ และคณะ (2561) โดยพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การวิเคราะห์ปัญหา และสถานการณ์โดยพยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องคลอด 2. การพัฒนารูปแบบการดูแลและนำรูปแบบไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3. การติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลที่ได้พัฒนาขึ้น พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก 3 ลำดับแรกคือ เนื้อหามีความชัดเจน มีประโยชน์ต่อหน่วยงานและต่อผู้ป่วย หรือการศึกษาของกัลยา มณีโชติ และนิจีสากร นังคลา (2560) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยความร่วมมือของพยาบาล ประจำห้องคลอด ประกอบด้วย 1. พยาบาลเจ้าของไข้มีหน้าที่ประเมินปัญหา ประสานกับสูติแพทย์วางแผนการรักษา วางแผนการพยาบาลร่วมกับหญิงตั้งครรภ์และสามี/ญาติ ให้การพยาบาลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง วางแผนจำหน่าย และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/ไลน์ 2. แนวทางการมอบหมายงาน 3. แนวปฏิบัติดูแล 4. แนวทางการประสาน/ให้ข้อมูลแก่ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องเป็นเครือข่าย ด้านผลลัพธ์หลังนำไปทดลองใช้ พบว่า พยาบาลมีความคิดเห็นต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก

ความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเปรียบเทียบความเครียดในวันที่ 2 พบว่า มีความเครียดเฉลี่ยน้อยกว่าวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ส่งเสริมการผ่อนคลายความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ โดยหมวดที่ 1 คือ ก่อนรับใหม่ ที่มีการเตรียมสถานที่เงียบสงบแยกจากห้องรอคลอดและเตรียมเครื่องมือให้พร้อมในห้อง เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่สงบ ลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาล หมวดที่ 2 ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก จะมีขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ อธิบายการพยาบาลที่จะได้รับตามแผนการรักษา รวมทั้งอาการไม่สุขสบายต่างๆ เพื่อคลายความเครียดที่จะเกิดจากการได้รับยาช่วยการหดตัวของมดลูก (Maloni, 2011) การให้นอนพักและปฏิบัติกิจกรรมบนเตียง และลดสิ่งรบกวนมากที่สุด (Sciscione, 2010) โดยมีพยาบาลติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง หมวดที่ 3 ระยะการพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมง จะเริ่มให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตัวและการเฝ้าระวังอาการ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านการให้ข้อมูลร่วมกับให้สามีหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรับทราบข้อมูลความรู้ และสนับสนุนทางจิตใจ (สุภาพร เลิศกวินอนันต์, 2557) กิจกรรมการคลายเครียด โดยให้เลือกกิจกรรมการผ่อนคลายที่ตนเองถนัด การพูดคุยสอบถาม และรับฟังปัญหาของผู้ป่วย

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย โดยเฉพาะปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด และวางแผนการแก้ไขปัญหาเพื่อคลายความวิตกกังวล โดยกิจกรรมตามแนวปฏิบัตินี้จะได้รับครบถ้วนในวันที่ 2 หลังจากนอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อมุ่งเน้นให้สตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผ่อนคลายความเครียดมากที่สุด ซึ่งผลจากกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทางโรงพยาบาลที่ได้รับ ทำให้วันที่ 2 หลังนอนรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงความเครียดลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับวันแรก ผลการศึกษาสอดคล้องกับสุภาพร ชุณหปราณ (2554) โดยให้สามีมีส่วนร่วมส่งเสริมพูดคุยให้กำลังใจ พบว่า ความเครียดของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ และการศึกษาของ สุรัชนี พงษ์รสสุวรรณ (2557) ลดความเครียดโดยให้กลุ่มทดลองที่หญิงที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ติดต่อสื่อสารกับครอบครัวเป็นเวลา 3 วัน พบว่า คะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนทดลอง ส่วนการศึกษาของจันทร์จิรา กลมมา (2558) ศึกษาทดลองโดยกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ข้อมูลความรู้และบริการ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหรือการศึกษาของสุริพร กัฬะสุต และคณะ (2565) โดยลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมของหญิงที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาล ได้แก่ 1. สานสายสัมพันธ์เพื่อลดความเครียด 2. กิจกรรมตกแต่งสถานที่ เพื่อลดความเครียดด้านสภาพแวดล้อมโรงพยาบาล 3. กิจกรรมเข้าใจอาการ และการรับมือกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4. กิจกรรม Relax เป็นกิจกรรมเพื่อลดความเครียดด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ และด้านภาวะอารมณ์ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ อารมณ์ การประเมินค่าข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของแอลิต้า และคณะ (Alita et al., 2020) เป็นการผ่อนคลายโดยสื่อสารผ่านทางแอปพลิเคชันทางโทรศัพท์ ได้แก่ การสะกดจิตตัวเอง ฟังเสียงดนตรี ลดความวิตกกังวล และป้องกันการหดรัดตัวซ้ำ แนะนำให้สตรีมีครรภ์และครอบครัวทำการบำบัดผ่อนคลายต่อไปที่บ้านต่อหลังจากออกจากโรงพยาบาล พบว่า ความวิตกกังวล ซึ่พจร อัตราการเต้นของหัวใจ และความถี่ในการหดรัดตัวของมดลูก หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

ด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลพบผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มก่อนนำแนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้านคือ อัตราการคลอดภายใน 48 ชั่วโมง อัตราการการคลอดครบกำหนด อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด อธิบายได้ว่า จากผลการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอด ได้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ โดยสามารถปฏิบัติตามได้อย่างครบถ้วนในระดับมาก ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ครอบคลุมและต่อเนื่องทั้งในหมวดที่ 1 ระยะก่อนรับใหม่ ที่มุ่งเน้นการเตรียมสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อลดสิ่งก่อความเครียด หมวดที่ 2 ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก โดยดูแลได้รับยาช่วยป้องกันการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง หมวดที่ 3 ระยะการดูแลหลัง 24 ชั่วโมง โดยมุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคมด้านให้ข้อมูลความรู้ แนวทางการปฏิบัติตัว และการวางแผนจำหน่ายโดยให้สามีและบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุนทางจิตใจ และส่งเสริมร่วมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งการศึกษาจะพบว่า สตรี

ตั้งครุฑมีความเครียดลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับวันแรก ซึ่งทำให้ลดการกระตุ้นเซลล์บริเวณเนื้อรกและเยื่อหุ้มทารก (สายฝน ขวาลไพบูลย์, 2553) นอกจากนี้การรับรู้ความเครียดรวมทั้งความรุนแรงในชีวิตประจำวัน มีผลส่งเสริมร่วมกับฤทธิ์ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกให้ยืดระยะการตั้งครุฑได้ (ฐิติกานต์ ณ ปั่น และคณะ, 2557; Simpson, & Creehan, 2008) รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดระดับความเครียดในสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนได้ (สุภาพร เลิศกวินอนันต์, 2557)

ส่วนกิจกรรมหมวดที่ 4 การจำหน่ายตามวิธี M-E-T-H-O-D เน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลายเครียดที่บ้าน หมวดที่ 5 การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอด ป้องกันการติดเชื้อ และการเลือกรับประทานอาหารเหมาะสม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับชลธิชา รักษาธรรม (2561) โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครุฑที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง 3 ขั้นตอน คือ 1. การประเมินที่ห้องคลอด 2. การพยาบาลและวางแผนจำหน่ายที่ห้องคลอด 3. การดูแลติดตามต่อเนื่องที่บ้าน หลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ มีอัตราการกลับเป็นซ้ำและคลอดน้อยกว่า และสามารถตั้งครุฑครบกำหนดมากกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนการศึกษาของธรรมาวรรณ บุณยสรรค์ และสายใย ก้อนคำ (2564) โดยพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน 3 ระยะ คือ 1. การพยาบาลที่ห้องคลอด 24 ชม.แรก 2. ระยะหลังให้การรักษา 24 ชม. 3. ระยะติดตามเยี่ยมต่อเนื่องหลังจำหน่าย 5 วัน และทุก 1 สัปดาห์ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำและการคลอดก่อนกำหนดลดลง และสอดคล้องกับบุศรินทร์ เขียนแมน และคณะ (2565) พัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครุฑที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3 องค์ประกอบ 1) โครงสร้าง 2) กระบวนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผลการศึกษาเมื่อนำไปทดลองใช้ พบว่า อัตราหญิงตั้งครุฑคลอดครบกำหนดเพิ่มเป็น อัตราเข้ารับการรักษาลดลง และอัตราทารกแรกคลอดน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล จากผลการศึกษาควรนำแนวทางปฏิบัติสำหรับสตรีตั้งครุฑที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มาใช้ในแผนกห้องคลอด และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพของการดูแลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง
2. ควรอบรมเชิงปฏิบัติในพยาบาลที่ปฏิบัติงานใหม่ทุกราย ก่อนใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
3. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรกำหนดเป็นนโยบายให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครุฑที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีการดำเนินงานเป็นเครือข่ายทั้งในระดับโรงพยาบาล ตั้งแต่การฝากครรภ์ การติดตามอย่างต่อเนื่องโดยวางแผนการดูแลร่วมกับชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานมีความสอดคล้องเป็นแนวทางเดียวกัน
4. ด้านวิชาการควรมีการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครุฑที่มีภาวะแทรกซ้อน ด้านอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา มณีโชติ และ นิจัสกร นังคลา. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารกองการพยาบาล*, 44 (2), 7-25
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถิติสาธารณสุขพ.ศ. 2562*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.
- จันทร์จิรา กลมมา. (2558). *ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
- จุฬารัตน์ ท้าวหาญ, พรจิต จันโทภาส, คีตรา มยุขโชติ, บุญคืบ ไสโสม, และ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง. (2564). รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์*, 36(3), 503-511.
- ชลธิชา รักษาธรรม. (2561). *แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยหัวเฉียว)
- จิตติกานต์ ณ ปั่น, รุ่งทวรรณ ช้อยจ่อหอ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, เอมพร รตินธร, และเอกชัย โควาวาสารัช. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลอมก๋อย อ.อมก๋อย จ.เชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 1(2), 142-150.
- ธรรมวรรณ บุณสรณ์ และ สายไย ก้อนคำ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน สำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 4(3), 50-56.
- นวรรตน์ ไชยมภู และ อารณ คงช่วย. (2558). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(3), 114-128.
- บุศรินทร์ เขียนมั่น, เยาวเรศ ก้านมะลิ, และ วรรณวิมล ทุมมี. (2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(3), 286-300.
- เบญจวรรณ ละหุการ. (2560). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)
- ปิยาณี นักบุญ. (2554). *การพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของงานห้องคลอดโรงพยาบาลนครพนม*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น)
- โรงพยาบาลสมุทรสาคร. (2565, 2 กันยายน). *ระบบฐานข้อมูลเวชระเบียน*. [https:// smkh.moph.go.th/skh/](https://smkh.moph.go.th/skh/).
- รัศมี พิริยะสุทธิ, สุนันทา สงกา, พณวรรณ พาณิชย์. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก*, 4 (2), 376-388.

- ละอองดาว ชุ่มฉิ. (2554). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อการลดระดับความเครียดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น)
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2557). การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(1), 27-38.
- สุภาพร เลิศกวินอนันต์. (2557). การทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
- สุรشنا พงษ์ประสุวรรณ. (2557). การลดความเครียดโดยการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ติดต่อสื่อสารกับครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น)
- สุรีพร กัฬหะสุต, พนิดา เชียงทอง, สุรشنا พงษ์ประสุวรรณ, นุชมาศ แก้วกุลชล, และ ศุจิรัตน์ ศรีทองเหลือง. (2565). ผลของโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(1), 59-74.
- สายฝน ขวาลไพบูลย์. (2553). *คลอดก่อนกำหนด*. กรุงเทพมหานคร: พีเอ.ลิฟวิ่ง.
- อนงค์ เอื้อวัฒนา. (2557). การพัฒนาระบบการพยาบาลมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(3), 127-136.
- Alita, R, Setyowati, Rachmawati, I.N. (2020). Relaxation Therapy in Pregnant Women With Premature Contractions: Evidence-Based Nursing Practice. *Advances in Health Sciences Research*, 34(1), 406-412.
- Kao, M.H, Hsu, P.F, Tien, S.F, Chen, C.P. (2019). Effects of Support Interventions in Women ospitalized With Preterm Labor. *Clinical Nursing Research*. 2019, 28(6):726-743.
- Maloni, J. A. (2010). Antepartum bed rest for pregnancy complications: Efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing*, 12(2), 106-124.
- NHMRC, (1998). *A guide to the development, Implement and evaluation of clinical practice guidelines*. Available from: http://www.nhmrc.gov.au/publications/_files/cp๓๐.pdf.
- Polit, D.F, & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: principles and methods*. (6th ed.) Philadelphia: J.B. Lippincott; 1999.
- Sciscione, A. C. (2010). Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202, 1-5.

Simpson, K. R., & Creehan, P. A. (2008). *Perinatal nursing*. Philadelphia : Lippincott Williams

Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski, A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth*, 28(1), 179–193.

WHO. (2018, 2 March). *Preterm birth* [Internet]. [http: who.int/newroom/factsheet/detail/preterm-birth](http://who.int/newroom/factsheet/detail/preterm-birth).