

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรี  
ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย

Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for  
Care of Women with Preterm Labor, Labor Unit, Sukhothai Hospital

ณัฐมณเฑียร โกศัย	พย.ม. *	Nattamon Kosai	M.N.S.*
ฉวี เบาทรวง	พย.ด.**	Chavee Baosung	Ph.D.**
กรรณิการ์ กัณธะรักษา	พย.ด.**	Kannika Kantaruksa	Ph.D.**

บทคัดย่อ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบอย่างมากต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก และยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการตายปริกำเนิดและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด ดังนั้นการดูแลที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างมาก การศึกษาเชิงเปรียบเทียบ ชนิดศึกษาย้อนหลัง และไปข้างหน้าแบบไม่ควบคุมก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย สตรีตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 28-37 สัปดาห์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับการดูแลตามปกติ ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 89 คน และกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการศึกษาคือ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในห้องคลอด ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2550 การดำเนินการศึกษาใช้กรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสมาคมพยาบาลออธออริโอ (2002) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกจำนวนการเกิดการคลอดก่อนกำหนด แบบบันทึกจำนวนการยึดระยะเวลาการตั้งครรภ์ และแบบบันทึกจำนวนการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบพีชเชอร์

ผลการวิจัยพบว่า

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีสัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า และสัดส่วนการยึดระยะเวลาการตั้งครรภ์ มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่สัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำ พบว่าไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพได้

คำสำคัญ: การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

\* Professional Nurse, Sukhothai Hospital, Sukhothai Province

\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

## Abstract

Preterm labor has significant impacts on the health of both mother and newborn. It is a leading cause of preterm birth, which is the major cause of neonatal mortality and morbidity. Therefore, an effective care is needed to alleviate such aforementioned impacts. This comparative, retrospective and prospective uncontrolled before and after intervention study was conducted to determine the effectiveness of implementing clinical practice guidelines (CPGs) for care of women with preterm labor in the labor unit, Sukhothai hospital. The study samples consisted of 89 pregnant women with preterm labor who received usual nursing care between October and December 2009 and 110 pregnant women with preterm labor who received care based on the CPGs between March and May 2010. The instrument was the CPGs for care of women with preterm labor in labor unit developed by the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mahidol University (2007). The implementation of the CPGs model of Registered Nurse Association of Ontario (2002) was applied as a framework for this study. Data collection tools consisted of preterm birth record form, extension gestational age record form and readmission record form. Data were analyzed by using descriptive statistics and the Fisher's exact probability test.

### The results of study

Revealed that the pregnant women in the CPGs implementing group had significantly less proportion of preterm birth and higher proportion of prolonged gestational age ( $p < .05$ ) but there was no difference in the proportion of readmission when compared with the pregnant women who received usual nursing care.

The results confirm that implementation of CPGs for care of women with preterm labor can lead to improved quality outcome.

**Key words:** Implementing Clinical Practice Guidelines, Preterm Labor

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นสาเหตุนำของการคลอดก่อนกำหนดซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทั้งในประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่า การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการตายปริกำเนิดและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปี 2004 ร้อยละ 12.5 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 1981 ถึงร้อยละ 30 (Behrman, Adashi, Allen, Caruso, Culhane, Schetter, et al., 2006) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปี 2006 พบร้อยละ 12.8 (Baker, 2008) นอกจากนี้ยังพบอัตราการตายปริกำเนิดจากการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 34.3 โดยร้อยละ 95 ของการเสียชีวิตนี้เกิดในทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์และมีน้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม (Callaghan, MacDorman, Rasmussen, Qin, & Lackritz, 2006) ในประเทศไทยพบอัตราการตายของทารกแรกเกิด (infant mortality rates) ที่มีสาเหตุการตายจากการคลอดก่อนกำหนดในปี 2548 และ 2549 ร้อยละ 11.22 และ 11.75 ตามลำดับ (กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2549) สำหรับโรงพยาบาลสุโขทัยในปี 2550-2551 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 7.64 และ 7.52 ตามลำดับ และพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการตายของทารกแรกเกิดร้อยละ 10.16 (งานอนามัยแม่และเด็ก หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย, 2550) และร้อยละ 13.20 (งานอนามัยแม่และเด็ก หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย, 2551)

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก มารดาที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น อาจได้รับผลกระทบด้านร่างกาย โดยมารดามักถูกจำกัดกิจกรรมให้นอนอยู่บนเตียงนานๆ ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง เกิดความทันทานต่อกลูโคสลดลง เกิดกระดูกเปราะบางได้จากกระบวนการย่อยสลายของการสูญเสียแคลเซียม ท้องผูก และเหนื่อยล้า (Maloni & Kutil 2004 as cited in Simpson, &

Creehan, 2008) ซึ่งการไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานานยังทำให้เกิด การเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และอาจเกิด ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Maloni & Kutil, 2000) มารดาอาจได้รับความไม่สุขสบายและเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยาที่ยังการหดตัวของมดลูก เช่น ยาในกลุ่ม beta-adrenergic agonist ทำให้เกิดอาการหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะน้ำคั่งในปอด น้ำตาลในเลือดสูง และโปแตสเซียมในเลือดต่ำ นอกจากนี้อาจทำให้มีคลื่น ตื่นเต้น กระวนกระวาย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก และหายใจตื้นสั้น ส่วนยาในกลุ่ม calcium channel blocker ทำให้เกิดอาการ ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น และความดันโลหิตต่ำชั่วคราว (วรพงศ์ ภูพงษ์, 2551; Reedy, 2007; Simhan & Caritis, 2007)

ผลกระทบต่อด้านจิตใจและอารมณ์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ เมื่อต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน อาจมีความเครียดและความห่วงกังวลเพิ่มขึ้น เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังและอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte, & Martinez, 2004) ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ มารดาที่ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล อาจต้องหยุดงาน ทำให้ขาดรายได้ และอาจมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Lowdermilk & Perry, 2006) ส่วนผลกระทบต่อทารกที่คลอดก่อนกำหนดพบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด ได้แก่ ภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด เลือดออกในสมอง และการเกิดลำไส้เน่าตาย นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว เช่น สมอพิการ หรือจอประสาทตาเสื่อมที่เป็นผลมาจากการได้รับออกซิเจนเพื่อช่วยในการหายใจเป็นระยะเวลานาน โดยทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ยังน้อยจะมีอัตราการเสียชีวิตมากขึ้นเท่านั้น (London, Ladewig, Ball, & Bindler, 2003) สำหรับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจในการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนด ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบค่าใช้จ่ายสำหรับดูแลรักษาทารก

คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลถึง 35.7 พันล้านดอลลาร์ต่อปี (Reedy, 2007) สำหรับประเทศไทยต้องใช้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 170,000 บาทต่อราย และในแต่ละปีจะต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่า 2,300,000,000 บาท สำหรับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โดยที่ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่อเนื่องในกรณีที่ทารกมีความพิการหรือพัฒนาการล่าช้า (ธราธิป โคละทัต, 2551; สายฝน ขวาลไพบุลย์, 2552) ดังนั้นการป้องกันรวมถึงการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว จึงมีความสำคัญ และมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเพื่อลดอัตราทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตของทารก สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Iams, Romeo, Culhane, & Goldenberg, 2008) คือการป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ โดยในระยะก่อนตั้งครรภ์จะมีการให้ความรู้เพื่อเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและผลกระทบที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังมีการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย ส่วนการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) จะมุ่งเน้นที่การรักษาหรือลดความเสี่ยงในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการศึกษาประวัติสตรีตั้งครรภ์อย่างละเอียด โดยเฉพาะประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อนเพื่อประเมินความเสี่ยงและให้การรักษา เช่น ในสตรีที่มีประวัติเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ครั้งก่อนอาจป้องกันการแท้ง หรือลดความเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน และการเย็บผูกปากมดลูกในรายที่ปากมดลูกมีความผิดปกติ การป้องกัน และรักษาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งแพทย์จะให้การรักษาโดยขึ้นอยู่กับภาวะเสี่ยงของแต่ละบุคคล (Berghella, 2007; Iams et al., 2008) สำหรับการป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) คือการดูแลรักษาเมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอด

ก่อนกำหนด การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระดับตติยภูมิโดยมีเป้าหมายหลักเพื่อยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด หรือพัฒนาผลลัพธ์ของทารกที่คลอดก่อนกำหนด โดยมีการตรวจวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างถูกต้องรวดเร็ว จากการประเมินการหดตัวของมดลูก การแตกของถุงน้ำคร่ำ และการมีมูกหรือเลือดออกจากช่องคลอด เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยได้ถูกต้องและให้การดูแลรักษาได้อย่างทัน่วงที่และมีประสิทธิภาพ โดยการเฝ้าระวังภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด การใช้ยาเพื่อยับยั้งการหดตัวของมดลูก และการให้ยากระตุ้นการเจริญของปอดทารก

ทั้งนี้การให้การดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based clinical practice guideline [EBP]) เนื่องจากการปฏิบัติทางคลินิก เพื่อส่งเสริมการให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้มีมาตรฐานหรือเกณฑ์ในการวัดความเหมาะสมของการปฏิบัติงาน ลดความหลากหลายของวิธีปฏิบัติในเรื่องเดียวกัน เป็นแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่า มีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) ซึ่งการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์นั้น มีเครื่องมือสำคัญที่เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์กับการปฏิบัติคือแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines [CPGs]) (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ สามารถตัดสินใจให้การดูแลที่เหมาะสม ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นเครื่องมือสำคัญที่เกิดจากการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยทีมสหสาขา โดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้ใช้บริการ (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999)

จากสถิติโรงพยาบาลสุโขทัย ปี พ.ศ. 2550-2551 พบมารดาที่คลอดก่อนกำหนดจำนวน 150 และ 148 รายตามลำดับ และพบว่าการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุ

สำคัญของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (birth asphyxia) โดยพบถึงร้อยละ 35.59 ในปี พ.ศ. 2550 และร้อยละ 24.52 ในปี พ.ศ. 2551 แม้ว่าอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังเป็นปัญหาที่เป็นสาเหตุการตายของทารกจากการคลอดก่อนกำหนดดังกล่าวข้างต้น (งานอนามัยแม่และเด็ก หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย, 2551) โรงพยาบาลสุโขทัยมีแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามข้อมูลจากตำราวิชาการและแนวทางปฏิบัติ (guidelines) ที่หลากหลาย นอกจากนี้ยังไม่เคยมีการประเมินผลลัพธ์ของการให้บริการอย่างเป็นระบบ ดังนั้นการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ.ศ.2550 ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มาใช้ในหน่วยงานห้องคลอด คาดว่าจะช่วยส่งเสริมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เป็นมาตรฐานจากทีมสหสาขา โดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ตามขั้นตอนของสมาคมพยาบาลอาหารไอ (Registered Nurse Association of Ontario [RNAO], 2002) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ.2550 มาใช้ในหน่วยงาน จะทำให้ทีมสุขภาพมีแนวทางการดูแลรักษาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน พัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีที่สุดต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารกและโรงพยาบาล โดยการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ สัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนด สัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ และสัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

เพื่อแสดงถึงประสิทธิผลของการใช้ความรู้เชิงประจักษ์

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย โดยเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบสัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ และเปรียบเทียบสัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## สมมติฐานการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีสัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนด และสัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีสัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย โดยผู้ศึกษาและทีมผู้ใช้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ.2550 ในส่วนของการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในห้องคลอดมาใช้ ตามขั้นตอนของสมาคมพยาบาลอาหารไอ (RNAO, 2002) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้ 1) การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การระบุวิเคราะห์และมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อม

หน่วยงานและบุคลากรเจ้าหน้าที่ 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 5) การประเมินผลความสำเร็จ และ 6) การจัดหางบประมาณ หรือแหล่งประโยชน์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ได้ทำการติดตามถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยประเมินจาก 1) สัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนด 2) สัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ และ 3) สัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ (comparative study) ชนิดศึกษาย้อนหลังและไปข้างหน้า แบบไม่ควบคุมก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (retrospective and prospective uncontrolled before and after intervention study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 28-37 สัปดาห์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และรับไว้ดูแลรักษา ณ ห้องคลอดโรงพยาบาลสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาประกอบด้วยสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 89 คน และสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2550 ในส่วนของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่รับไว้ดูแลรักษาในห้องคลอด 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบ

บันทึกข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ แบบบันทึกจำนวนการเกิดการคลอดก่อนกำหนด แบบบันทึกจำนวนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ แบบบันทึกจำนวนสตรีตั้งครรภ์ในการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ใช้เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติสำหรับงานวิจัย (AGREE instrument, 2001) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ฉวีวรรณ ธงชัย (2547) โดยแนวปฏิบัติฉบับนี้ได้ผ่านประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 2 ท่าน และได้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่าร้อยละ 50 (ถนิมพันธ์ บันลือม, 2551) และการประเมินความเป็นไปได้ ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลรักษาสตรี ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในหน่วยงานห้องคลอดไปใช้ในหน่วยงาน ได้ทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ราย และทำการประเมินที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 17 คน ก่อนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยใช้แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของ ฉวีวรรณ ธงชัย และ พิภูล นันทชัยพันธ์ (2547) และผู้ศึกษาได้จัดประชุมเสนอผลสรุปการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ให้แก่ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และชี้แจงแบบสำรวจความคิดเห็นในส่วนที่มีความคิดเห็นระดับน้อย พร้อมทั้งได้ร่วมกันปรับแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิกให้สามารถนำมาใช้งานได้สะดวก ทำให้ทีมมีความเข้าใจ จึงไม่ได้มีการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ซ้ำอีกครั้ง ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้พิกษสิทธิ์สตรีตั้งครรภ์และทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยแจ้งให้สตรีตั้งครรภ์และทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษา โดยข้อมูลทั้งหมดของสตรีตั้งครรภ์และ

ที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ทางคลินิกจะถูกเก็บเป็นความลับและ ไม่มีการเปิดเผยชื่อให้ผู้อื่นทราบ การนำข้อมูลไปเผยแพร่ จะนำเสนอในภาพรวมของผลการศึกษานั้น และ ดำเนินการศึกษาตามขั้นตอนของสมาคมพยาบาลออนตาริโอ (Registered Nurse Association of Ontario, 2002) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบสัดส่วน การเกิดการคลอดก่อนกำหนด สัดส่วนการยืดระยะเวลา การตั้งครรภ์ และสัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการ ดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบความน่าจะเป็นของฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test)

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 89 คน และสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดย ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 110 คน ข้อมูลทั่วไปของ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เป็นการศึกษา ย้อนหลังจากเวชระเบียน ของแผนกเวชระเบียนและเวชสถิติ

และสมุดบันทึกการรับใหม่ของหน่วยงานห้องคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ มีอายุระหว่าง 21-25 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.97 อายุครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ ระหว่าง 34 ถึง 36+6 สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 66.29 ลำดับการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกมากที่สุด ร้อยละ 40.45 ฝากครรภ์ที่คลินิกแพทย์ มากที่สุด ร้อยละ 37.08 การ ศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา และเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 58.43 และ 42.72 ตามลำดับ ส่วนกลุ่ม ตัวอย่างที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกพบว่า มีอายุระหว่าง 16-20 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.27 อายุครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 34 ถึง 36+6 สัปดาห์ ร้อยละ 70 ลำดับการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกมากที่สุด ร้อยละ 45.45 ฝากครรภ์ที่คลินิกแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 35.45 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา และเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 58.18 และ 53.64 ตามลำดับ ข้อมูลผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการดูแลรักษาสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดในหน่วยงานห้องคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการ ดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติ 2.1 ผลลัพธ์การเกิดการคลอดก่อนกำหนด

### ตารางที่ 1

เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำแนกตามสาเหตุการคลอดก่อนกำหนด

ผลลัพธ์การคลอดก่อนกำหนด จำแนกตามสาเหตุการคลอด	กลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติ (n = 89)	กลุ่มที่ได้รับการดูแล โดยใช้แนวปฏิบัติทาง คลินิก (n = 110)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การคลอดก่อนกำหนดโดยรวม	64 (71.91)	63 (57.27)	0.023*
จำแนกตามสาเหตุการคลอด			
Medically indicated preterm deliveries	12 (13.48)	13 (11.82)	0.174
Preterm premature rupture of Membranes	22 (24.72)	23 (20.91)	0.092
Spontaneous preterm labor	30 (33.71)	27 (24.55)	0.031*

## 2.2 ผลลัพธ์การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์

### ตารางที่ 2

เปรียบเทียบสัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ผลลัพธ์การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n = 89)	กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (n = 110)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง	30 (33.71)	57 (51.82)	0.008*
การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด (อายุครรภ์ $\geq$ 37 สัปดาห์)	16 (17.98)	33 (30.00)	0.042*

## 2.3 ผลลัพธ์การกลับมารักษาซ้ำ

### ตารางที่ 3

เปรียบเทียบสัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ผลลัพธ์	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n = 25)	กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (n = 47)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
จำนวนการกลับมารักษาซ้ำ	12 (48.00)	22 (46.81)	0.559

### การอภิปรายผล

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การเกิดการคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีสัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (ตารางที่ 1) ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัย และหาสาเหตุของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รวดเร็ว รวมทั้งได้รับการดูแลรักษา

ที่เหมาะสมทำให้สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ส่งผลให้การเกิดการคลอดก่อนกำหนดลดลง

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีสัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง และสัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดการคลอด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( ตารางที่ 2 ) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก



ทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ได้รับ ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกทันเวลา ทำให้ภาวะการ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหมดไป สตรีตั้งครรภ์ สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปได้ ซึ่งการยืดระยะเวลา การคลอดออกไปได้ 48 ชั่วโมง จะช่วยให้สตรีรอดชีวิต ออกฤทธิ์มากที่สุดในการเพิ่มสมรรถภาพของปอดทารก ในครรภ์ ซึ่งสตรีรอดชีวิตสามารถลดการเกิดภาวะหายใจ ลำบากในทารกแรกเกิด ภาวะลำไส้เกิดเนื้อตาย ภาวะ เลือดออกในสมอง และการตายของทารกแรกเกิดได้ (พัญญ พันธ์บุรณะ, 2550) ส่วนการยืดอายุการตั้งครรภ์ จนครบกำหนดคลอด ส่งผลให้ทารกเจริญเติบโตสมบูรณ์ ลดความเจ็บป่วย และการตายจากการคลอดก่อน กำหนด

ทั้งนี้ผลการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์การกลับมา รักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า สตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีการ จำหน่ายกลับบ้านทั้งหมด 25 คน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการ ดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีการจำหน่ายกลับบ้าน 47 คน การกลับมารักษาซ้ำของทั้งสองกลุ่มไม่ แตกต่างกัน (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าจำนวน กลุ่มตัวอย่างที่จำหน่ายกลับบ้านทั้งสองกลุ่มมีจำนวน น้อย และทั้งสองกลุ่มมีปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพไม่แตกต่าง กัน เช่น ครรภ์แฝด ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ประวัติ เคยคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถสรุปผล การศึกษาได้ ควรมีการศึกษาในระยะยาวต่อไป

ผลการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มา รับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย ตามกรอบ แนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสมาคม พยาบาลอาหารไอโอประเทศแคนาดา (Registered Nurse Association of Ontario, 2002) พบว่าเกิด ผลลัพธ์ที่ดี คือสัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนด ลดลง และสัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อภิปรายได้ดังนี้ การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นขั้นตอนแรกและขั้นตอนที่สำคัญของการนำแนว

ปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำไป ใช้ต้องแก้ปัญหาหรือนำมาปรับปรุงคุณภาพการบริการได้ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมกับหน่วยงานมาก ที่สุด โดยแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรี ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2550 ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีความเหมาะสม สาระ และเนื้อหาที่นำมา ส่วนใหญ่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ มีความน่าเชื่อถือสูง (strong evidence practice) โดย มีระดับความน่าเชื่อถือ และคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง ในการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน และเกรด ของคำแนะนำของแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ใช้ตามระบบ ของเอ็กเคิลส์ และมาสัน (Eccles & Mason, 2001) รวมทั้งจากฐานข้อมูลการวิจัยที่ค้นคว้าอย่างเป็นระบบ (Cochrane database of systematic reviews) และ ส่วนหนึ่งได้มาจากแนวทางเวชปฏิบัติเดิม ที่ได้จัดทำไว้ เมื่อ พ.ศ. 2545 รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบ การติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่เกิดจาก การใช้แนวปฏิบัติ เพื่อทบทวนปัญหาและปรับปรุงแก้ไข จึงถือได้ว่าแนวปฏิบัตินี้ได้ผ่านขั้นตอนการพัฒนาอย่าง เป็นระบบ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากทีมผู้พัฒนา แนวปฏิบัติทางคลินิก เมื่อนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไป ใช้ในหน่วยงานห้องคลอดพบว่า แนวปฏิบัติมีขั้นตอน ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยาก รวมทั้งส่วนใหญ่ของ กิจกรรมในแนวปฏิบัติที่ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้ ปฏิบัติเป็นงานประจำอยู่แล้ว ทำให้การนำแนวปฏิบัติ ไปใช้มีความง่ายมากขึ้น และที่สำคัญแนวปฏิบัติที่นำไปใช้ ต้องไม่เป็นการเพิ่มภาระงานที่ปฏิบัติอยู่ประจำมากเกินไปจะ ทำให้ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกให้ความร่วมมือที่ดี ในทุกกระบวนการของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี รวมทั้งใช้กลยุทธ์ในการส่งเสริม ให้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

กล่าวโดยสรุปการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2550) มาใช้ใน

โรงพยาบาลสุโขทัย ตามขั้นตอนของสมาคมพยาบาล  
ออนแทรีโอ (Registered Nurse Association of Ontario,  
2002) ทำให้สัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดลดลง และ  
สัดส่วนการเสียชีวิตระยะเวลาก่อนการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ผลการ  
ศึกษาค้นคว้านี้สามารถยืนยันประสิทธิผลของการนำแนว  
ปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ และแสดงให้เห็นว่าการนำแนว  
ปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ สามารถนำไปสู่การปรับปรุง และ  
พัฒนาคุณภาพในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์  
คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องต่อไปซึ่งจากการปฏิบัติ  
การพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่อ้างอิงจาก  
หลักฐานเชิงประจักษ์สามารถเพิ่มประสิทธิภาพและ  
ผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์  
คลอดก่อนกำหนดได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ควรร่วมกัน  
กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก  
ไปใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด  
ก่อนกำหนด เพื่อนำไปสู่คุณภาพการปฏิบัติพยาบาล  
และผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้ใช้บริการและโรงพยาบาล
2. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ควร  
เตรียมความพร้อมของหน่วยงาน อบรมเพื่อให้มี  
ความรู้และความเข้าใจในแนวปฏิบัติทางคลินิกและ  
กระบวนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ นอกจากนี้  
ควรสร้างความตระหนักถึงความสำคัญ และผลลัพธ์ของ  
การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ รวมทั้งสนับสนุนให้  
บุคลากรมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล  
สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3. ควรมีการติดตาม กำกับ ดูแล ปรับปรุง  
และประเมินประสิทธิผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อ  
ปรับปรุงให้แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นมีความเหมาะสมกับ  
หน่วยงานและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ใช้บริการ

4. ควรมีการทบทวนและพัฒนาคุณภาพ โดย  
การศึกษาและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ๆ เพื่อ  
ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและเพิ่มเติมให้แนวปฏิบัติ  
มีความทันสมัยและเหมาะสม เกิดประสิทธิภาพสูงที่สุดกับ  
กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการนำ  
แนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในผลลัพธ์ด้านอื่นๆ ได้แก่  
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการนอนใน  
โรงพยาบาล จำนวนของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความ  
พึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก  
 เป็นต้น

2. การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการดูแลป้องกันภาวะเกิด  
ภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับตติยภูมิ  
แต่เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อ  
ป้องกันภาวะการคลอดก่อนกำหนด ควรนำแนวปฏิบัติทาง  
คลินิกนี้ไปใช้อย่างเต็มรูปแบบโดยเริ่มตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ  
ทุติยภูมิ ที่หน่วยฝากครรภ์โดยมีการประเมินปัจจัยเสี่ยง  
เพื่อคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีแนวโน้มการเกิดภาวะ  
เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้  
ควรมีการให้ความรู้หรือคำแนะนำในการปฏิบัติที่ถูกต้อง  
เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะการเจ็บ  
ครรภ์คลอดก่อนกำหนด

## เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ  
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2549). จำนวน  
และอัตราทารกตาย ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน  
จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2545-2549.  
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด  
กระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- งานอนามัยแม่และเด็กโรงพยาบาลสุโขทัย. (2550).  
รายงานสถิติแม่และเด็กประจำปีหน่วยงานห้อง  
คลอด. สุโขทัย: โรงพยาบาลสุโขทัย.
- งานอนามัยแม่และเด็กโรงพยาบาลสุโขทัย. (2551).  
รายงานสถิติแม่และเด็กประจำปีหน่วยงานห้อง  
คลอด. สุโขทัย: โรงพยาบาลสุโขทัย.
- ฉวีวรรณ ธงชัย. (2547). การประเมินคุณภาพแนว  
ปฏิบัติทางคลินิก. Retrieved December 28,  
2008, From [http://www.Agreetrust.org/  
docs/AGREE\\_Instrument\\_translation/  
AGREE\\_Instrument\\_Thai.pdf](http://www.Agreetrust.org/docs/AGREE_Instrument_translation/AGREE_Instrument_Thai.pdf)
- ฉวีวรรณ ธงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทาง  
คลินิก. *วารสารสภากาชาดพยาบาล*, 20(2), 63-74.
- ฉวีวรรณ ธงชัย, และ พิภูล นันทชัยพันธ์. (2547). *แบบ  
สำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ.  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ถนิมพันธ์ ปันล้อม. (2551). *ประสิทธิผลของการใช้แนว  
ปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดภาวะ  
เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มี  
ภาวะเสี่ยง ณ คลินิกฝากครรภ์ในอำเภอ  
แม่สะเรียง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต (สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง). บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ธราธิป โคละทัด. (2551). ทารกเกิดก่อนกำหนด:  
สถานการณ์ปัจจุบันและผลกระทบ. ใน ธราธิป  
โคละทัด (บรรณาธิการ), *การบูรณาการ ระบบ  
สุขภาพมารดาและทารก* (หน้า 39-46).  
กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด  
(มหาชน).
- ปัญญา พันธุ์บุรณะ. (2550). การเจ็บครรภ์และการ  
คลอดก่อนกำหนด. ใน ชาญชัย วันทนาศิริ,  
วิทยา ถิฐาพันธ์, ปราโมทย์ ไพโรสุวรรณา, และ  
สุนทร อ้อเฝ้าพันธุ์ (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์  
ปริกำเนิด*. (หน้า 57-77). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน  
ครีเอชั่น จำกัด.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาล  
ตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ.*  
กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.  
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์  
ศิริราชพยาบาล. (2550). *Clinical Practice  
Guideline เล่มที่ 2 : แนวทางการดูแลรักษา  
สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด.*  
กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- วรพงศ์ ภู่งศ์. (2551). การเจ็บครรภ์และการคลอด  
ก่อนกำหนด. ใน เยื่อน ตันนรินทร์, และ วรพงศ์  
ภู่งศ์ (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์มารดาและ  
ทารกในครรภ์*, 2, 42-60. 42-60). กรุงเทพฯ:  
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- สายฝน ขวาลไพบุลย์. (2552). ประสพการณ์ดูแลรักษา  
สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน  
กำหนดในโรงพยาบาลศิริราช. ใน ธราธิป โคละทัด,  
มานิต ศรีประโมทย์, พิมล ศรีสุภาพ, แสงแข  
ชำนาญนกิจ, และ จันทิมา จรัสทอง (บรรณาธิการ),  
*การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพ  
มารดาและทารกเพื่อการดูแลภาวะคลอดก่อน  
กำหนด*. (หน้า 228-239). กรุงเทพฯ:  
อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- AGREE Collaboration. (2001). *Appraisal of guideline  
for research and evaluation*. [AGREE  
instruments]. Retrieved September 25,  
2008, from <http://www.Agreecollaboration.org>
- Baker, V. L. (2008). Prevention of preterm  
delivery. *The Nurse Practitioner*, 33(5), 42-46.

- Behrman, R. E., Adashi, E. Y., Allen, M. A., Caruso, R. L., Culhane, J., Schetter, C. D., et al. (2006). *Preterm birth causes, consequences, and prevention. National Academies Press*. Retrieved July 20, 2009, from <http://www.iom.edu/Object.File/Master/35/975>
- Berghella, V. (Ed.). (2007). *Obstetric evidence based guidelines*. London: Informa Health care.
- Callaghan, W. M., MacDorman, M. F., Rasmussen, S. A., Qin, C., & Lackritz, E. A. (2006). *The contribution of preterm birth to infant mortality rates in the United States. Pediatrics, 118*(4), 1566–1573.
- Eccles, M., & Mason, J. (2001). How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technology Assessment, 5*(16), 1–69.
- Iams, J. D., Romeo, R., Culhane, J. F., & Goldenberg, R. L. (2008). *Preterm birth 2: Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. Lancet, 371*, 164–175. Retrieved October 12, 2009 from [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
- London, M. L., Ladewig, P. W., Ball, J. W., & Bindler, R. C. (2003). *Maternal-newborn & child nursing: family-centered care*. New Jersey: Prentice Hall.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. (2006). *Maternity nursing*. (7th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Maloni, J., & Kutil, R. (2000). Antepartum support group for hospitalized women. *Maternal Child Nursing Journal, 25*(4), 204–210.
- National Health and Medical Research Council. (1999). *A guide to the development, implementation and evaluation of the clinical practice guidelines*. Retrieved December 23, 2008, from [http://www.csp.nsw.gov.au/nhmrc/downloads/pdfs/NHMRC\\_Clinical\\_practice.pdf](http://www.csp.nsw.gov.au/nhmrc/downloads/pdfs/NHMRC_Clinical_practice.pdf)
- Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Duarte, G., & Martinez, F. E. (2004). Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(4), 251–254.
- Reedy, N. J. (2007). Born Too Soon: The continuing challenge of preterm labor and birth in the United States. *Journal of Midwifery & Women's Health, 52*(3), 281–290.
- Registered Nurse Association of Ontario. (2002). *Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines*. Retrieved December 23, 2008, from <http://www.rnao.org>
- Simhan, H. N., & Caritis, N. S. (2007). Prevention of preterm delivery. *The New England Journal of Medicine, 357*(5), 477–487.
- Simpson, K. R., & Creehan, P. A. (2008). *Perinatal nursing (3th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.