บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยง คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลน่าน ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้ คือ

1. ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
   1.1 ความหมาย อุบัติการณ์ การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
   1.2 ผลกระทบจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด
   1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
   1.4 การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
2. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. แนวทางการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลลัพธ์

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ความหมาย อุบัติการณ์ การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง ภาวะที่มีการหดรัดตัวของมดลูกที่เกิดในช่วงอายุครรภ์ 28 สัปดาห์จนถึงอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก (Lowdermilk & Perry, 2006) โดยมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 1 ชั่วโมง ร่วมกับมีการเปิดขยายของปากมดลูกมากกว่า 1 เซนติเมตร หรือปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (American College of Obstetrician and Gynecologists [ACOG], 2001) สำหรับอายุครรภ์ที่นับเป็นการคลอดมีชีพของทารกอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น ในประเทศที่พัฒนาแล้วใช้ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ในสหราชอาณาจักรใช้ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ (Stock & Nornan, 2010) สำหรับประเทศไทยใช้ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ หรือทารกแรกเกิดมีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 1,000 กรัมขึ้นไป (พัญญู พันธ์บูรณะ , 2552) หากไม่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

(Pilliteri, 2007) ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย และเป็นสาเหตุหลักของการตายและการเจ็บป่วยของทารกปริกำเนิด (Anumba, 2007; Goldenberg et al., 2008) อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดพบได้ประมาณร้อยละ 5 - 13 ของการคลอดทั้งหมด (Iams et al., 2008) ซึ่งอุบัติการณ์อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ โดยพบร้อยละ 12 - 13 ของการคลอดในประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 5 - 9 ของการคลอดในยุโรปรวมถึงประเทศที่พัฒนาแล้ว (Goldenberg et al., 2008) ในประเทศไทยพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดช่วงปีพ.ศ. 2540-2550 เท่ากับ 0.49 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (พัญญู พันธ์บูรณะ , 2552) สถิติการคลอดก่อนกำหนดของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.98 ของการคลอดทั้งหมด (สายฝน ชวาลไพบูลย์, 2552) สถิติโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ปี พ.ศ. 2551 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12 ของการคลอดทั้งหมด (หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารก ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2551) สำหรับโรงพยาบาลน่านในปีพ.ศ. 2552 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 11.55 (กลุ่มงานสูติกรรม-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลน่าน, 2552)

การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้นกับการตรวจพบการหดรัดตัวของมดลูก โดยมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 1 ชั่วโมง ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก โดยมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ ปากมดลูกเปิดมากกว่า 1 เซนติเมตร (ACOG, 2001) นอกจากนี้ยังมีการตรวจพิเศษเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการตรวจวินิจฉัย เช่น 1) การวัดความยาวของปากมดลูกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง หากวัดความยาวของปากมดลูกได้น้อยกว่า 25 เซนติเมตร จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Mella & Berghella, 2009) 2) การตรวจหาไฟโบรเนคติน (fibronectin) จากสิ่งคัดหลั่งของปากมดลูกและช่องคลอด ควรตรวจตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์เป็นต้นไป ผลการตรวจได้ค่าที่เกิน 50 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ถือเป็นผลบวก และสามารถทำนายได้ว่าจะมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ภายใน 7 – 10 วัน (Khan & Honest, 2007) การศึกษาของฟอกซ์และคณะ (Fox et al., 2009) โดยการตรวจหาไฟโบรเนคตินและการวัดความยาวของปากมดลูก ในสตรีครรภ์แฝดอายุครรภ์ 22 – 32 สัปดาห์ สามารถระบุความเสี่ยงของสตรีมีครรภ์ต่อการคลอดก่อนกำหนด รวมถึงการคลอดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ และ 3) การตรวจภายในเพื่อประเมินปากมดลูก เป็นการตรวจโดยใช้นิ้วมือ เพื่อประเมินการขยายและการบางตัวของปากมดลูก ซึ่งการตรวจควรจะปฏิบัติโดยผู้ตรวจคนเดียวกัน เพราะการประเมินผลการตรวจอาจมีความไม่แน่นอนตามประสบการณ์ของผู้ตรวจ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

(Reedy, 2007) เป็นต้น ปัจจุบันการวินิจฉัยจากการตรวจพิเศษ โดยการตรวจหาไฟโบรเนคติน มีข้อจำกัดและมีค่าใช้จ่ายสูง จึงไม่ได้ตรวจวินิจฉัยในสตรีมีครรภ์ทุกราย

ผลกระทบจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดมีผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ทารก รวมถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

ผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ผลกระทบด้านร่างกายเป็นผลมาจากโรคแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะตกเลือดก่อนคลอด เป็นต้น และผลกระทบจากการใช้ยาในการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตัวอย่างเช่น ยาเทอร์บูทาลิน (terbutaline) ทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น ใจสั่น มือสั่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ หงุดหงิด กระหายน้ำ ตื่นเต้น กระวนกระวาย และหายใจไม่เต็มที่ เป็นต้น อาจรุนแรงมากจนเกิดภาวะน้ำคั่งในปอด (วรพงศ์ ภู่พงศ์ , 2551) การศึกษาการใช้ยาเทอร์บูทาลินในโรงพยาบาลรามาธิบดีพบว่า มีประสิทธิภาพในการยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกประมาณ ร้อยละ 65 ทั้งนี้จะต้องได้รับการแก้ปัญหาที่อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วย เช่น การอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสตรีมีครรภ์ ได้แก่ ใจสั่นร้อยละ 80 มือสั่นร้อยละ 50 ปวดศีรษะร้อยละ 40 ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) ร้อยละ 10 (พัญญู พันธ์บูรณะ , 2552) ผลกระทบจากการใช้ยานิฟีดิปีน (nifidipine) ทำให้เกิดอาการ ต่างๆ เช่น ร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ ความดันโลหิตต่ำชั่วขณะ เป็นต้น (วรพงศ์ ภู่พงศ์, 2551)

นอกจากนี้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังเป็นภาวะครรภ์เสี่ยงสูง เป็นเหตุให้สตรีมีครรภ์ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน อาจเกิดผลกระทบจากการนอนบนเตียงเป็นระยะเวลานาน เช่น ภาวะก้อนเลือดอุดตันในเส้นเลือด ความแข็งแรงของกระดูกลดลง และกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง เป็นต้น (Promislow, Hertz-Picciotto, Schramm, Watt-Morse, & Anderson, 2004) รวมทั้งการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (Maloni, Alexander, Schluchter, Shah, & Park, 2004) หากไม่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

(Cunningham et al., 2007) อาจมีการฉีกขาดของช่องทางคลอดและการติดเชื้อจากการคลอดเฉียบพลันได้ เนื่องจากทารกมักจะมีขนาดเล็ก และน้ำหนักน้อย (จีรเนาว์ ทัศศรี, 2545)

ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้สตรีมีครรภ์เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด (Maloni, Margervicius, & Damato, 2006) รู้สึกถูกแยกตัวออกจากสังคม (Heaman et al., 2005) กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และกลัวว่าทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากการคลอดก่อนกำหนด ในสตรีมีครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกและเกิดผลข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก ทำให้ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดเพิ่มขึ้น (ราตรี ศิริสมบูรณ์ และกาญจนา พิมล , 2552) สตรีมีครรภ์ที่มีประสบการณ์เคยคลอดก่อนกำหนดซึ่งจะมีผลต่อทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ สตรีเหล่านั้นจะยอมรับความเสี่ยงของการตั้งครรภ์เมื่อได้รับการประเมินและการดูแลอย่างดีจนเกิดความไว้วางใจต่อผู้ให้การดูแล อย่างไรก็ตามสตรีมีครรภ์ยังต้องการการดูแลทางด้านอารมณ์และจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด ดังนั้นจึงควรมีการตั้งเป้าหมายระยะสั้นร่วมกันระหว่างสตรีมีครรภ์และผู้ให้การดูแลเพื่อดูแลประคับประคองการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงช่วยให้สตรีมีครรภ์ผ่านระยะของการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้ (O'Brien, Quenby, & Lavender, 2010)

ผลกระทบต่อทารก

ทารกในครรภ์ยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาที่ใช้ในการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเช่นเดียวกับมารดา ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ และทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (วรพงศ์ ภู่พงศ์ , 2551) ผลการศึกษาการใช้ยาเทอร์บูทาลินในโรงพยาบาลรามาธิบดีพบภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ โดยพบอัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติร้อยละ 50 ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง (hyperbilirubinemia) ร้อยละ 15 (พัญญู พันธ์บูรณะ , 2552) และหากไม่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดซึ่งเป็นสาเหตุการตายของทารกแรกเกิดได้ถึงร้อยละ 75 รวมถึงเป็นสาเหตุของความพิการทางระบบประสาทร้อยละ 50 (Goldenberg et al., 2008) ภาวะแทรกซ้อนของทารกที่เกิดก่อนกำหนด ได้แก่ กลุ่มอาการหายใจลำบาก ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะลำไส้เน่าเปื่อย การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะชัก และเสียชีวิตในที่สุด (วรพงศ์ ภู่พงศ์ , 2551) อาจพบความผิดปกติของระบบประสาทได้ร้อยละ50 (Goldenberg et al., 2008) ประมาณร้อยละ 12-18 ของทารกที่เกิดก่อนกำหนดจะมีพัฒนาการทางด้านร่างกายและสมองผิดปกติ มีความผิดปกติในการมองเห็น และอาจมีความผิดปกติของการได้ยินตามมา (Callahan et al., 2006) ซึ่งอัตราการเกิดผลกระทบดังกล่าว

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แปรผกผันกับอายุครรภ์ที่คลอด โดยพบว่าการคลอดอายุครรภ์ที่น้อยทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น (วรพงศ์ ภู่พงศ์ , 2551) โดยเฉพาะทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ มีโอกาสเกิดความผิดปกติของพัฒนาการระบบประสาทสูงสุด (Letal, 2009)

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม

การที่สตรีมีครรภ์ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทำให้สตรีมีครรภ์ต้องหยุดพักการประกอบอาชีพ ขาดรายได้ และมีค่าใช้จ่ายจากการรักษาเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว (Lowdermilk & Perry, 2006) อาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน สมาชิกในครอบครัวและคู่สมรส (Maloni, Brezins-Tomasi, & Johnson, 2001) หากเกิดการคลอดก่อนกำหนดครอบครัวและประเทศชาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในการดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดเพื่อให้มีชีวิตรอด และเพื่อให้มีการเจริญเติบโต เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาต้องเสียค่าใช้จ่ายปีละ 26 พันล้านเหรียญ (Berhman & Butler, 2007) ส่วนในประเทศไทยการดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารก จะต้องใช้จ่ายเฉลี่ย 170,000 บาทต่อราย และเมื่อประมาณค่ารักษาพยาบาลของทารกเกิดก่อนกำหนดทั่วประเทศพบว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่า 2,300 ล้านบาท ในการดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดประมาณ 15,000 ราย ทั้งนี้ไม่รวมค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาทารกที่มีความพิการ หรือมีพัฒนาการล่าช้า (ธราธิป โคละทัต, 2551)

จากผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบที่มากมายและรุนแรงทั้งต่อสตรีมีครรภ์ ทารกในครรภ์และสมาชิกในครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด น่าจะเป็นแนวทางแก้ปัญหาเพื่อลดผลกระทบต่างๆดังกล่าวได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

สาเหตุของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่ทราบชัดเจน แต่พบว่าเกิดจากหลายสาเหตุ (Lowdermilk & Perry, 2006) และพบสภาวะที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ที่มีผลกระทบรุนแรงต่อสุขภาพมารดา และทำให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์จำเป็นต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด ภาวะที่มีข้อบ่งชี้เหล่านี้ (indicated or iatrogenic causes) เป็นสาเหตุของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ประมาณร้อยละ 25

2. ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนครบกำหนดและก่อนการเจ็บครรภ์ (preterm premature rupture of membranes [PPROM]) เป็นภาวะที่ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดตามมา พบได้ประมาณร้อยละ 25

3. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous preterm labor) โดยถุงน้ำคร่ำยังอยู่ พบเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 50 ของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (อุ่นใจ กออนันตกุล, 2550)

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแบ่งได้เป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านลักษณะประชากร

1.1 อายุ สตรีมีครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 16 ปี หรือมากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะสตรีมีครรภ์วัยรุ่น (Danielian & Hall, 2005)

1.2 น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ สตรีที่มีน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อย หรือมีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index [BMI]) น้อยกว่า 19.8 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมีการเพิ่มของน้ำหนักระหว่างการตั้งครรภ์น้อย มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Merlino, Laffineuse, Collin, & Mercer, 2006; Salihu, Mbah, Alio, Clayton, & Lynch, 2009)

1.3 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางอายุรกรรม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (Cunningham et al., 2007)

2.ปัจจัยด้านการเจริญพันธุ์

2.1 ประวัติการคลอดก่อนกำหนด หรือประวัติการแท้งบุตร โดยพบว่าเพิ่มความเสี่ยง 2 - 2.5 เท่าต่อการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ที่ 2 และยิ่งมีการคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยๆ หรือประวัติการคลอดก่อนกำหนดหลายครั้งยิ่งพบความเสี่ยงมากขึ้น (Spong, 2007) การคลอดก่อนกำหนดจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ที่มีการคลอดก่อนกำหนด (Reedy, 2007)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สตรีที่เคยผ่านการคลอดก่อนกำหนด 1 ครั้งมีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 21 และสตรีที่เคยคลอดก่อนกำหนด 2 ครั้งมีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 42 ในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (McManemy, Cooke, Amon, & Leet, 2007) และพบว่าสตรีมีครรภ์ที่ผ่านการแท้งตั้งแต่สองครั้งขึ้นไป โดยเฉพาะการแท้งในไตรมาสที่สองจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ต่อไป (Simcox & Shennan, 2007)

2.2 ความผิดปกติของมดลูกและปากมดลูก มีเนื้องอกที่มดลูก มดลูกมีความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น มีผนังกั้นในโพรงมดลูก มีมดลูกสองอัน เป็นต้น หรือภาวะที่ปากมดลูกไม่แข็งแรง ทำให้ปากมดลูกมีการเปิดขยายโดยไม่มีอาการปวด ไม่มีการแตกของถุงน้ำคร่ำ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด หรือไม่มีการติดเชื้อมาก่อนซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการคลอดในกลางไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ (ACOG, 2001)

3.ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

3.1 การติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อและการอักเสบในโพรงมดลูก (Simhan & Caritis, 2009) ภาวะการตอบสนองต่อการติดเชื้อในร่างกาย (Srinivasan, Misra, Marazita, & Foxman, 2009) สตรีที่มีการอักเสบ ของปากมดลูกในระยะไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (Simhan & Krohn, 2009) การติดเชื้อหรือ โรคภายในช่องปาก เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Zadeh-Modarres, Amooian, Bayat-Movahed, & Mohamad, 2007) การศึกษาของกอบเฟิร์ทและคณะพบว่า สตรีมีครรภ์ที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์มักจะมีการอักเสบภายในช่องปาก (Goepfert et al., 2004)

3.2 การตั้งครรภ์แฝด หรือครรภ์แฝดน้ำ โดยการตั้งครรภ์แฝดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 10 ของการคลอดก่อนกำหนด (Simhan & Caritis, 2009) เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกมีการขยายตัวมากผิดปกติ และมีโอกาสเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ร้อยละ 5 - 10 เมื่อเปรียบเทียบกับการตั้งครรภ์เดี่ยว (Reedy, 2007) การตั้งครรภ์แฝดส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Spong, 2007)

3.3 ภาวะโภชนาการระหว่างการตั้งครรภ์ สตรีมีครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index [BMI]) น้อยกว่า 19.8 มีภาวะซีด ขาดวิตามิน และขาดสารอาหาร มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเมื่อเทียบกับสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะโภชนาการปกติ (Scholl, 2005)

3.4 ความผิดปกติของทารก เช่น ทารกพิการแต่กำเนิด ทารกตายในครรภ์ ทารกมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Simhan & Caritis, 2009)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ความยากจน ความเครียด ลักษณะการทำงาน เป็นต้น (Lowdermilk & Perry, 2006) สตรีมีครรภ์ที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันหลายด้านที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น มีแนวโน้มตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุน้อย มาจากครอบครัวเดี่ยวที่ขาดการสนับสนุนการดูแลจากบุคคลในครอบครัว การไม่มาฝากครรภ์ ไม่ได้รับการดูแลระหว่างการตั้งครรภ์และอาจมีการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น (Reedy, 2007) สตรีมีครรภ์ที่มีชั่วโมงการทำงานมากกว่า 42 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือลักษณะการทำงานที่ต้องยืนนานมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Saurel-Cubizolles, Zeitlin, & Lelong, 2004) การถูกกระทำความรุนแรงที่มีผลต่อมดลูก (Danielian & Hall, 2005) การศึกษาของฟรายด์และคณะ (Fried, Cabral, Amaro, & Aschengrau, 2008) พบว่า สตรีมีครรภ์ที่เผชิญกับความรุนแรงในระยะตั้งครรภ์มีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่ดี โดยมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดน้ำหนักน้อยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรุนแรงในระยะตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของรอดริกส์และคณะ (Rodrigues, Rocha, & Barros, 2008) พบว่า สตรีที่ถูกทำร้ายร่างกายระหว่างการตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดโดยไม่ขึ้นกับลักษณะประชากรและลักษณะทางพฤติกรรมที่นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด

5. ปัจจัยด้านพฤติกรรม

5.1 การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ระหว่างการตั้งครรภ์จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Lowdermilk & Perry, 2006) การศึกษาของฮาสกินส์และคณะ (Haskins et al., 2008) พบว่าสตรีมีครรภ์ที่สูบบุหรี่ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ (early pregnancy) มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด 1.6 เท่าของสตรีมีครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ และสตรีมีครรภ์ที่สูบบุหรี่ในระยะกลางของการตั้งครรภ์ (mid pregnancy) มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด 2.1 เท่าของสตรีมีครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จึงเป็นพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และเป็นพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

5.2 การขาดการดูแลเอาใจใส่ระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น การไม่ฝากครรภ์ การมาฝากครรภ์ช้า ขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวและขาดการสนับสนุนทางสังคม (Lowdermilk & Perry, 2006)

สาเหตุของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนและมีปัจจัยเสี่ยงหลายด้านที่สัมพันธ์กับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยงบางด้านไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมได้ แต่ปัจจัยเสี่ยงบางด้านสามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมได้ ดังนั้นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เป็นการป้องกันการคลอด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ก่อนกำหนดและจะช่วยลดผลกระทบจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดได้ (Varma & James, 2004)

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

การแก้ปัญหาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดที่ดีที่สุด คือ การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเน้นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง เฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจะสามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้ดีกว่าการดูแลรักษาเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้นแล้ว (Cunningham et al., 2007) โดยการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ (primary prevention) การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) และการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) (Khan & Honest, 2007)

1. การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเบื้องต้น มีเป้าหมายหลักเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่ยังไม่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้ความสำคัญต่อการคัดกรองและเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ และ ส่งเสริมให้สตรีมีครรภ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ตลอดจนการเฝ้าระวังภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว ทั้งนี้ เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือและยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างทันท่วงที มีเป้าหมายหลักเพื่อให้สตรีมีครรภ์สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป ช่วยยืดระยะเวลาให้ทารกในครรภ์มีความสมบูรณ์มากขึ้น หรือจนกระทั่งอายุครรภ์ใกล้ครบกำหนดคลอด เช่น การให้ยาเพื่อยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก เป็นต้น

3. การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับตติยภูมิ มีเป้าหมายหลักเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดกับทารกแรกเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด เช่น การบริหารยาสเตียรอยด์ (steroid) เพื่อกระตุ้นการเจริญพัฒนาของปอดทารก เป็นต้น

ในการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ โดยเน้นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง เฝ้าระวังและ ปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจะสามารถป้องกันและลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้ดีกว่าการดูแลรักษาเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้นแล้ว (Cunningham et al., 2007)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ

เป้าหมายหลักของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิคือ การลดปัจจัยเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ การให้บริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ กระตุ้นให้สตรีมีครรภ์มาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ให้ความรู้ในเรื่องโภชนาการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Lowdermilk & Perry, 2006) ลักษณะการทำงาน การผ่อนคลายความเครียด การป้องกันการติดเชื้อ สังเกตอาการเตือนของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมาโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเจ็บครรภ์ ทั้งนี้เพื่อสามารถให้การยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างทันท่วงที (Freda, 2003)

อุ่นใจ กออนันตกุล (2550) ได้กล่าวถึงการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ 2 แนวทาง คือ

1. ลดความเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น การติดเชื้อต่างๆ เพิ่มคุณค่าของการฝากครรภ์ โภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ หลีกเลี่ยงความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2. การตรวจค้นภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด เช่น การสังเกตการหดรัดตัวของมดลูก หรือการเปลี่ยนแปลงของคอมดลูกก่อนเกิดการเจ็บครรภ์จริงแนวทางที่ใช้ในการปฏิบัติคือ

2.1 ให้ความรู้แก่สตรีมีครรภ์ในเรื่องการดูแลตนเอง เฝ้าระวังการหดรัดตัวของมดลูก สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเช่น อาการปวดถ่วงท้องน้อย หรือตกขาวที่ผิดปกติ

2.2 เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของคอมดลูก เช่น การตรวจวัดความยาวของปากมดลูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือการตรวจภายในด้วยความระมัดระวังเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของคอมดลูก

สำหรับวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดกำหนดระดับปฐมภูมิ มีดังนี้ (Freda, 2003)

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดโดยสอนให้สตรีมีครรภ์ตระหนัก ถึงอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถประเมินอาการผิดปกติจากการหดรัดตัวของมดลูกและมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาได้

2. การให้การพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น สอนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3.ประเมินการถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัวสตรีที่ได้รับความรุนแรงจะมีการคลอดก่อนกำหนด และจากการได้รับความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

4. การมีส่วนร่วมในการดูแลของบุคคลในครอบครัวและชุมชน

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของอมรเลิศ ไทยแหลมทอง (25 48) พบว่ามีวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ดังนี้

1. วิธีการพยาบาลที่ใช้เทคนิคเดียว เช่น การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนด้านจิตใจ การจัดหาผู้ดูแลขณะตั้งครรภ์ และ การผ่อนคลาย เป็นต้น

2. วิธีการพยาบาลที่ใช้หลายเทคนิคร่วมกัน เช่น โปรแกรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และโปรแกรมการดูแลระหว่างฝากครรภ์ เป็นต้น สำหรับโปรแกรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีวิธีการพยาบาลที่ใช้ ร่วมกัน เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ทักษะในการเผชิญปัญหา การส่งเสริมพฤติกรรมที่ช่วยลดการคลอดก่อนกำหนด และการสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นต้น ส่วนโปรแกรมการดูแลเมื่อมารับบริการระหว่างฝากครรภ์ เป็นการดูแลแบบกลุ่มและให้การดูแลสตรีมีครรภ์ในห้องตรวจครรภ์ การประเมินสุขภาพสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ การให้สุขศึกษารายบุคคล โดยเน้นการดูแล 3 องค์ประกอบ คือ การประเมินความเสี่ยง การให้ความรู้ และกลุ่มสนับสนุน

สต๊อกและนอร์แมน (Stock & Norman, 2010) ได้กล่าวถึงกลยุทธ์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิมักพบอุปสรรคจาก 2 ปัจจัย คือ 1) การทำนายการคลอดก่อนกำหนดทำได้ยากเนื่องจากสตรีมีครรภ์ที่มารับบริการมักจะมาด้วยอาการที่มีความก้าวหน้าของการคลอดเกิดขึ้นแล้ว และ 2) การคลอดก่อนกำหนด สัมพันธ์กับสาเหตุหลายปัจจัย การแก้ไขปัจจัยเพียงด้านเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เช่น สาเหตุจากการติดเชื้อ ภาวะที่มดลูกมีการขยายตัวมาก การตกเลือดก่อนคลอด ความเครียด และการไหลเวียนเลือดไปที่มดลูกและรกลดลง นอกจากนั้นยังมีงานวิจัยในแต่ละพื้นที่มากขึ้น ทำให้เข้าใจถึงกระบวนการที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและมีวิธีการที่จะลดการคลอดก่อนกำหนดหลากหลายวิธี และงานวิจัยบางเรื่องยังไม่มีหลักฐานยืนยันถึงผลกระทบที่อาจเกิดกับทารกในระยะยาว

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สำหรับแนวทางการป้องกันสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้กำหนดที่คลินิกฝากครรภ์ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ .ศ. 2550 ที่พัฒนาโดย หน่วยสูติกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2550) มีขั้นตอนแนวปฏิบัติที่ห้องฝากครรภ์ที่สอดคล้องกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ ดังนี้

1. สตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์จะได้รับการซักประวัติ เพื่อหาความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีมีครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์

2. ถ้าพบสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้ส่งเข้ารับคำแนะนำในการดูแลครรภ์กับทีมแพทย์และพยาบาลที่คลินิกสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่คลินิกฝากครรภ์ โดยมีรายละเอียดในการดูแล ดังเช่น แนะนำสตรีมีครรภ์ให้มาฝากครรภ์ให้สม่ำเสมอตามนัดทุกครั้ง เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น รู้สึกเจ็บครรภ์ ท้องตึงแข็งบ่อย ให้รีบมาโรงพยาบาลทันที แนะนำให้สตรีมีครรภ์พยายามให้นอนพักมากขึ้นเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น แนะนำให้งดการมีเพศสัมพันธ์ เมื่อพบมีตกขาวผิดปกติ ให้ส่งตรวจภายในหาสาเหตุของตกขาวในกรณีที่พบว่ามีการติดเชื้อ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้รีบรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในกลุ่ม metronidazole, ampicillin หรือ erythromycin

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ โดยการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ การให้คำแนะนำเพื่อให้สตรีมีครรภ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในคลินิกฝากครรภ์ และการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว จะมีมาตรฐานมากขึ้น โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นเครื่องมือในการดูแลสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

แนวปฏิบัติทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ควรมีการพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) เป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในการค้นหาแนวทางการดูแลที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลสตรีมีครรภ์และเป็นการบูรณาการความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพของการบริการ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการประกันคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) การปฏิบัติดังกล่าวต้องใช้หลักฐานที่ดี (best evidence) ที่ได้รับการยืนยันจากการวิจัย และใช้เครื่องมือที่เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ คือแนวปฏิบัติทางคลินิก (ฉวีวรรณ ธงชัย, 254 8) ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นข้อกำหนดที่จัดทำอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้รับการวิเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญทีมสหวิชาชีพ และได้ข้อสรุปที่เหมาะสม เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติ ทีมสุขภาพและผู้ป่วย เพื่อการดูแลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (NHMRC, 1999) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้องมีการคัดกรองเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเหมาะสมกับสถานการณ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ เป็นวิธีการแก้ปัญหาในคลินิกให้เกิดแนวทางในการดูแล ลดการปฏิบัติที่หลากหลาย ลดค่าใช้จ่าย และพัฒนาคุณภาพการดูแลให้ดียิ่งขึ้น (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543)

ประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการดูแลผู้รับบริการก่อให้เกิดประโยชน์ด้านต่างๆ ดังนี้ (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543; ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549)

1. ด้านผู้รับบริการ ผู้รับบริการได้รับการดูแลเป็นระบบ และมีการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าพร้อมกันจากทีมสหวิชาชีพ ได้รับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และได้รับการบริการที่มีความคุ้มค่ามากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาลดลงโดยไม่ได้ลดประสิทธิภาพของการดูแลรักษา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. ด้านผู้ประกอบวิชาชีพบุคลากรมีการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันลดความหลากหลายในการปฏิบัติ มีการร่วมปรึกษาและทบทวนความรู้เชิงประจักษ์ ลดความเสี่ยงของการปฏิบัติที่ผิดพลาด ขจัดปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

3. ด้านองค์กรวิชาชีพ มีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้รับบริการเป็นการประกันคุณภาพการบริการว่าอยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และเป็นการส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานในทีมสหวิชาชีพ

4. ด้านสังคม ได้รับรู้ถึงแผนการดูแลที่มีต่อผู้รับบริการ และเกิดความเชื่อมั่นในมาตรฐานการดูแลรักษาขององค์กร

5. ด้านผู้บริหารและโรงพยาบาล สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพการบริการส่งเสริมความมั่นใจว่ามีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลก่อให้เกิดผลลัพธ์ ในเรื่องการคุ้มค่า คุ้มทุน

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จะเกิดประโยชน์ต่อการดูแลสตรีมีครรภ์เนื่องจากเป็นแนวทางที่ทำให้การปฏิบัติ การดูแลมีมาตรฐานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ช่วยป้องกันผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดและเกิดการทำงานเป็นทีมเพิ่มมากขึ้น

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ผู้ศึกษาได้สืบค้นจากสื่ออิเลคทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยมือพบว่ามีทั้งหมด 6 แนวปฏิบัติ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการทางการพยาบาลของสตรีที่มีการคลอดก่อนกำหนด ที่พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลอเมริกันและองค์กรพยาบาลเฉพาะทาง (The American Nurses' Association and Specialty Nursing Organization) (Jones & Collins, 1996) 2) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการเกิดก่อนกำหนด ที่พัฒนาโดยศูนย์การพัฒนามารดา ทารก และเด็กเล็ก ร่วมกับสมาคมแพทย์ทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาของประเทศแคนาดา (MNECDRC & SOGC, 2002) 3) แนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการคลอดก่อนกำหนด ที่พัฒนาโดยวารสารสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา (ASJOG) ของประเทศอียิปต์ (Editorial Board, 2004) 4) แนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพ : การป้องกันการเกิดก่อนกำหนด ที่พัฒนาโดยสถาบันพัฒนาระบบทางคลินิกของประเทศอังกฤษ (ICSI, 2004) 5) แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการการคลอดก่อนกำหนด ที่พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสิงคโปร์ (MOH, 2001) และ 6) แนวปฏิบัติ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ทางคลินิกการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ .ศ. 2550 ที่พัฒนาโดยหน่วยสูติกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2550) จากการวิเคราะห์และทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิกทั้ง 6 ฉบับพบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยสถาบันต่างประเทศจะเน้นการป้องกันในระดับทุติยภูมิ ใช้เพื่อการดูแลสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้นแล้วและให้การดูแลเพื่อยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนการป้องกันในระดับปฐมภูมิยังไม่มีความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติ สำหรับแนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ .ศ. 2550 ที่พัฒนาโดย หน่วยสูติกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2550) นั้น มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้และ ขั้นตอนแนวปฏิบัติ ไว้เป็นแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการกำหนดวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิไว้ 2 ข้อ คือ เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเพื่อทำนายการตั้งครรภ์ที่อาจจะมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

แนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2550 ที่พัฒนาโดยหน่วยสูติกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2550) เคยได้รับการประเมินคุณภาพก่อนการนำไปใช้ของ ถนิมนันท์ ปันล้อม (255 1) โดยใช้เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัย (AGREE, 2001) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ฉวีวรรณ ธงชัย (2547) มีทั้งหมด 6 หมวด จำนวน 23 ข้อ ดังนี้

หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์

1.1 แนวปฏิบัติมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง

1.2 คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก

1.3 ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้

หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

2.1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากทีมสหวิชาชีพ

2.2 ผู้ใช้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น

2.3 มีการระบุกลุ่มที่จะใช้แนวปฏิบัติชัดเจน

2.4 แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย

หมวดที่ 3 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

3.1 มีการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ

3.2 ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ

3.3 ระบุวิธีการ กำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3.4 มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบและความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ

3.5 ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน

3.6 แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒินอกองค์กรก่อนนำมาใช้

3.7 ระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย

หมวดที่ 4 ความชัดเจนและการนำเสนอ

4.1 ข้อเสนอแนะมีความเป็นธรรม เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุในหลักฐาน

4.2 ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์

4.3 ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย

4.4 มีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ เช่น อาจเป็นในรูปของแผนผังสรุปแนวทางที่ ต้องทำ เป็นต้น

หมวดที่ 5 การประยุกต์ใช้

5.1 ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้

5.2 มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ

5.3 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยเสมอ

หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ

6.1 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นมาอย่างอิสระจากผู้จัดทำ

6.2 มีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การคิดคะแนนของแต่ละหมวด โดยแต่ละข้อให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือกแบบลิเกิต (Likert scale) ประกอบด้วย คะแนน 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 3 = เห็นด้วย คะแนน 2 = ไม่เห็นด้วย และคะแนน 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การคิดคะแนนของแต่ละด้านใช้สูตรดังต่อไปนี้

$$\frac{\text{คะแนนที่ได้ – คะแนนรวมต่ำสุด}}{\text{คะแนนรวมสูงสุด – คะแนนรวมต่ำสุด}} \times 100$$

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกจะประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 2 - 4 คน เป็นผู้ประเมิน หากคะแนนที่ได้มากกว่าร้อยละ 50 แสดงว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นมีคุณภาพ หรือคุณสมบัติที่เหมาะสมในการนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก และจากผล การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ .ศ. 2550 ที่พัฒนาโดยหน่วยสูติกรรม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาควิชา สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2550) พบว่ามีความเหมาะสมตามคุณลักษณะแนวปฏิบัติทางคลินิกในระดับที่ดี ในแต่ละด้านมีคะแนนมากกว่าร้อยละ 50 จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับหน่วยงาน (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2549)

สำหรับขั้นตอนการปฏิบัติในการป้องกันสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ .ศ. 2550 ที่พัฒนาโดย หน่วยสูติกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2550) มีดังนี้

1. เมื่อสตรีมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-37 สัปดาห์มาฝากครรภ์ พยาบาลที่คลินิกฝากครรภ์จะเป็นผู้ซักประวัติเพื่อคัดกรองปัจจัยเสี่ยง (screening) และจำแนกประเภทปัจจัยเสี่ยง (identification) ของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ ตามที่กำหนดไว้

2. เมื่อพยาบาลคลินิกฝากครรภ์พบหญิงมีครรภ์ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง หรือสงสัยว่ามีความผิดปกติ ให้ปรึกษาและส่งต่อแพทย์เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยโดยละเอียด

3. แพทย์/พยาบาลหน่วยฝากครรภ์บันทึกข้อความ “Preterm Labor” และระบุประเภทของปัจจัยเสี่ยงให้ชัดเจนลงในใบฝากครรภ์ของสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

4. เมื่อแพทย์หรือพยาบาลผู้คัดกรองและจำแนกประเภทปัจจัยเสี่ยงตรวจพบสตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยง จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ตรวจพบ และโอกาสที่จะเกิดการคลอดก่อนกำหนดแก่สตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยงรวมทั้งสามีหรือครอบครัวที่มาด้วยรับทราบ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้นและส่งเข้าคลินิกป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

5. พยาบาลในคลินิกป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจะให้ข้อมูล เพื่อให้สตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยงเห็นความสำคัญของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา

6. เมื่อให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่สตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยงแล้ว พยาบาลในคลินิกป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจะให้คำแนะนำและสุขศึกษาดังนี้ 1) แนะนำการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอและตามนัดทุกครั้ง 2) ให้คำแนะนำในกรณีพบความผิดปกติ เช่น รู้สึกเจ็บครรภ์ มีท้องแข็งตึงบ่อย ให้รีบมาโรงพยาบาลทันที 3) แนะนำการนอนพักมากขึ้น เมื่อมีอายุครรภ์มากขึ้น และ 4) แนะนำให้งดการมีเพศสัมพันธ์ โดยการสอนเป็นกลุ่มหรือรายบุคคลตามโปรแกรมที่กำหนด ตามเอกสารที่มีอยู่และมีสื่อการสอนประกอบ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

7. ภายหลังจากสตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการให้คำแนะนำและสุขศึกษาตามโปรแกรมในคลินิกป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแล้ว พยาบาลในคลินิกป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแก่สตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยงเพื่อใช้ทบทวนด้วยตนเอง

8. พยาบาลคลินิกฝากครรภ์แนะนำสตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยงให้ตรวจสอบการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง ตามแบบบันทึกการหดรัดตัวของมดลูกประจำวันที่ได้จัดทำขึ้น

9. แนะนำการให้บริการคำปรึกษาทางโทรศัพท์สายด่วนสุขภาพตึกสูติกรรม (ห้องคลอด เบอร์โทรศัพท์ 054-771621 ต่อ 3182 กรณีสตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยงมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับทีมดูแลผู้ป่วย

10. นัดสตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการบริการฝากครรภ์ในคลินิกป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยเฉพาะ เพื่อให้ได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็วและต่อเนื่อง นัดตรวจครรภ์ทุก 2 สัปดาห์ หรือเมื่อพบความผิดปกติ

11. กรณีที่สตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยงมีอายุครรภ์ที่ไม่แน่นอน พยาบาลหน่วยฝากครรภ์เตรียมช่วยแพทย์ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อวินิจฉัยอายุครรภ์

12. กรณีที่ซักประวัติพบว่ามีอาการตกขาวผิดปกติ เตรียมช่วยแพทย์ตรวจภายใน และเก็บสิ่งคัดหลั่งในช่องคลอดส่งตรวจเพาะเชื้อ หากพบว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอดเกิดขึ้น ให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการรับประทานยาปฏิชีวนะตามแพทย์สั่ง

สตรีมีครรภ์ที่เข้ามาที่คลินิกนี้ จะได้รับคำแนะนำให้จดบันทึกในแบบบันทึกการสังเกตการหดรัดตัวของมดลูกและอาการผิดปกติ เพื่อการเฝ้าระวังและสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง และแนวทางการปฏิบัติตนเองเมื่อมีอาการ เพื่อให้สตรีมีครรภ์มารับการรักษาโดยเร็ว และรับแจกเอกสารสำหรับสตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อทบทวนด้วยตนเอง

ในกรณีที่สตรีมีครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์และสงสัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้กำหนดแนวทางการประเมินสตรีมีครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ ดังนี้

1. สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกรายจะถูกส่งไปตรวจที่ห้องคลอด

2. สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์ 28-37 สัปดาห์ จะได้รับการตรวจด้วยเครื่อง tococardiogram โดยแพทย์และพยาบาลที่ห้องคลอดทุกราย

3. ในรายที่มีการเจ็บครรภ์เตือน (false labor) จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในการปฏิบัติตนเองและให้กลับบ้าน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4. ในรายที่มีการเจ็บครรภ์ที่สม่ำเสมอหรือสงสัยว่าจะมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คุกคาม (threatened preterm labor) จะได้รับการตรวจภายในเพื่อประเมินสภาพของปากมดลูก

5. เมื่อผลการตรวจภายในพบว่าปากมดลูกยังปิดอยู่ ให้การวินิจฉัยว่าเป็นภาวะ threatened preterm labor และถ้าพบปากมดลูกเปิดอย่างน้อย 1 เซนติเมตร และมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ให้การวินิจฉัยว่าเป็นภาวะ preterm labor ให้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกราย

การนำ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณ ภาพไปใช้หากมีขั้นตอนการ ปฏิบัติ ที่ยุ่งยาก ไม่ชัดเจน จะไม่เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ดังนั้นเพื่อให้การนำ แนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เกิดประสิทธิผล และผลลัพธ์ที่ดี จำเป็นต้องมีขั้นตอนของ การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ที่ชัดเจน ง่ายต่อการเข้าใจและนำไปปฏิบัติ (RNAO, 2002)

แนวทางการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลลัพธ์

ขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในปัจจุบันพบว่า มีหลายสถาบันได้กำหนดแนวทาง การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่คล้ายคลึงกัน เช่น สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) และ สมาคมพยาบาลออนทาริโอ (RNAO, 2002) เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาตามขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลออนทาริโอ (RNAO, 2002) เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่มีขั้นตอน ชัดเจน ง่ายต่อความเข้าใจและการนำไปปฏิบัติ ขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การระบุ วิเคราะห์ และกำหนดการมีส่วนร่วม ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานและบุคลากร 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 5) การประเมินผลความสำเร็จจากการนำ แนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 6) การจัดหางบประมาณหรือแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุน การนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก

เนื่องจากมีผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นจำนวนมากและมีความหลากหลาย การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จะต้องสืบค้นจากหลายๆแห่งทั้งจากสื่ออิเลคทรอนิคส์และจาก แนวปฏิบัติที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ จากนั้นนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จากการสืบค้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

มาพิจารณาว่าพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ และมีการประเมินคุณภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกใช้ผู้ประเมิน จำนวน 2-4 คน ผู้ประเมินต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือเป็นผู้มีประสบการณ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและเข้าใจในกระบวนการวิจัยเป็นอย่างดี

ขั้นตอนที่ 2 การระบุ วิเคราะห์ และกำหนดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทำให้ได้ข้อมูลในส่วนต่างๆ เช่น ข้อมูลด้านบุคลากร กลุ่มบุคคล หน่วยงาน เป็นต้น การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

2.1 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายในองค์กร (internal stakeholders) หมายถึง บุคลากรในหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพ เป็นต้น

2.2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กร (external stakeholders) หมายถึง บุคลากรที่ไม่ได้อยู่ในหน่วยงาน เช่น ผู้รับบริการ ญาติ เป็นต้น

2.3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร (interface stakeholders) หมายถึง ผู้บริหารของหน่วยงาน คณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระหว่างองค์กรจะมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

โดยการวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นวิธีการที่จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลหรือองค์กรมากขึ้น ช่วยในการวางแผนดำเนินงาน การตัดสินใจและการใช้กลยุทธ์ต่างๆในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานและบุคลากร

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เพื่อให้เกิดความราบรื่นและมีประสิทธิภาพควรมีการประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน 8 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้างของหน่วยงาน 2) วัฒนธรรมการปฏิบัติงานของหน่วยงาน 3) ระบบการติดต่อสื่อสาร 4) การสนับสนุนของผู้นำ 5) ความรู้ ทักษะ และทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย 6) การจัดการที่มีคุณภาพ 7) แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากร และ 8) ความสัมพันธ์ระหว่างสหวิชาชีพ หากเป็นองค์กรที่ซับซ้อน ควรระบุสิ่งที่เป็นไปได้และสิ่งที่เป็นไปไม่ได้เพื่อให้เกิดความแม่นยำในการปฏิบัติ ระบุปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคให้ชัดเจนและหาแนวทางเพื่อลดอุปสรรคดังกล่าว การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานแสดงให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมที่พร้อมจะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยต้องมีความพร้อมทั้งด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากรที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และด้านงบประมาณในการสนับสนุนที่เพียงพอ กิจกรรมที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้สามารถ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของหน่วยงาน รวมถึงการติดต่อสื่อสารที่ดีจะช่วยให้การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เกิดประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้องมีวิธีการเพื่อส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และมีการกำกับติดตามระหว่างการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นระยะ เพื่อปรับวิธีการให้เหมาะสมนำไปสู่การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง วิธีการในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ได้แก่

4.1 การตรวจสอบข้อมูลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (audit and feedback) เช่น การสรุปผลการปฏิบัติงานทางคลินิกจากการทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติจากการบันทึก จากเวชระเบียน หรือจากการสังเกตการปฏิบัติเป็นรายบุคคล เป็นต้น

4.2 การประชุมหรืออบรมให้ความรู้ (didactic educational meeting) ในรูปแบบการบรรยาย หรือการอบรมให้ความรู้ โดยผู้ที่ได้รับความรู้อาจมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมในการบรรยายนั้น

4.3 อุปกรณ์ในการศึกษาเรียนรู้ (educational materials) เช่น เอกสาร การใช้สื่อวีดีทัศน์ การให้ข้อมูลโดยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

4.4 การออกไปตรวจเยี่ยม (educational outreach visits) เป็นการตรวจเยี่ยมเพื่อรับทราบ ปัญหา รับการปรึกษา เป็นการรับข้อมูลย้อนกลับ และเป็นการกระตุ้นให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง

4.5 การประชุมให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม (interactive educational meeting) เป็นการจัดกลุ่มเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาโดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมในการอภิปรายและแก้ปัญหาร่วมกัน

4.6 กระบวนการอภิปรายหาข้อตกลงร่วมกัน (local consensus processes) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการอภิปรายปัญหา รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติ เพื่อหาข้อตกลงในการแก้ไขปัญหาและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติทางคลินิก

4.7 ความคิดเห็นของผู้นำ (local opinion leaders) เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับตามคุณวุฒิและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติ ความคิดเห็นของผู้นำจะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดการเคารพ

4.8 การตลาด (marketing) เป็นกระบวนการจัดการเกี่ยวกับการตอบสนองในเรื่องความคาดหวัง ความพึงพอใจ ความต้องการของผู้รับบริการ มีการออกแบบ การพัฒนา และการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นที่รู้จัก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4.9 กิจกรรมที่กระทำต่อผู้ป่วย (patient mediated interventions) เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพ

4.10 การกระตุ้นเตือน (reminders) อาจเป็นการแจ้งด้วยตนเอง หรือการใช้สื่อคอมพิวเตอร์ในการเตือนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลความสำเร็จจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

เป็นขั้นตอนรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลจากโครงการที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เพื่อประเมินความสำเร็จหรือผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งในระดับหน่วยงานหรือองค์กร ระดับผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและค่าใช้จ่าย การประเมินผลจะประเมินผลใน 3 ด้าน ได้แก่

5.1 การประเมินผลด้านโครงสร้าง (structure evaluation) เป็นการประเมินลักษณะของหน่วยงานและอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก และบุคลากรในหน่วยงานเพื่อประเมินความพร้อม ความเพียงพอและการบริหารจัดการของหน่วยงานในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

5.2 การประเมินผลด้านกระบวนการ (process evaluation) เป็นการประเมินถึงแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ว่ามีการดำเนินการอย่างไร โดนเน้นถึงความสอดคล้องจามที่วางแผนไว้

5.3 การประเมินผลด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) เป็นการประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้แล้วเกิดผลหรือการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ การประเมินผลลัพธ์สามารถประเมินได้หลายด้าน เช่น ความสำเร็จของการแก้ปัญหา จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวนวันที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการและครอบครัว เป็นต้น

การรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ต้องมีการระบุผู้เชี่ยวชาญที่จะช่วยในกระบวนการประเมินตรวจสอบ เช่น พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก เป็นต้น มีการออกแบบการประเมินผล โดยระบุเป้าหมายของความสำเร็จ ระบุกลุ่มเป้าหมาย กำหนดตัวชี้วัด พิจารณาตรวจสอบผลการประเมิน เช่นผู้บริหาร คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กลุ่มผู้รับบริการ เป็นต้น ในการประเมินผลสามารถประเมินได้ทั้ง 3 ด้าน หรือประเมินเพียงด้านใดด้านหนึ่งได้ ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมงบประมาณสำหรับการรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ขั้นตอนที่ 6 การจัดหางบประมาณหรือแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จะต้องมีการจัดหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น งบประมาณ บุคลากร สิ่งจำเป็นอื่นๆ เป็นต้น เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในหน่วยงานอาจจำเป็นต้องใช้งบประมาณในการจัดการต่างๆ เช่น การจัดอบรมเพื่อให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ การจัดซื้ออุปกรณ์ใหม่ การจัดเตรียมสถานที่ใหม่ เป็นต้น

การประเมินประสิทธิผลหรือการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ประสิทธิผลหรือการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นการประเมินผลภายหลังการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยวัดจากระดับการให้บริการ หรือวัดจากการรับรู้ของผู้รับบริการ แนวทางการประเมินมีหลายแนวคิดหลายสถาบัน เช่นสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) และสมาคมพยาบาลออนทาริโอ (RNAO, 2002) เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษา เลือก ใช้แนวทางการประเมินผลลัพธ์ของสมาคมพยาบาลออนทาริ โอ (RNAO, 2002) ซึ่งมีการ ประเมินผลในด้าน โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาประเมินเฉพาะผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้รับบริการ ภายหลังการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ว่าเกิดผลหรือการเปลี่ยนแปลงหรือ ไม่ โดยได้กำหนดประสิทธิผลที่ต้องการศึกษา คือ จำนวนของสตรีมีครรภ์ที่เกิดภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยเปรียบเทียบจำนวนสตรีมีครรภ์ที่เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในช่วงอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ถึงอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยง ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลน่าน ดำเนินการศึกษาโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ .ศ. 2550 ที่พัฒนาโดยหน่วยสูติกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2550) ในส่วนของการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยง ณ คลินิกฝากครรภ์ มีกรอบแนวคิดในการศึกษา ตามขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลลัพธ์ ที่พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลออนทาริโอ (RNAO, 20002) 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การระบุ วิเคราะห์ และกำหนดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานและบุคลากร 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 5) การประเมินผลความสำเร็จจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 6) การจัดหางบประมาณหรือแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ภายหลังการนำ แนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ประเมินผลลัพธ์จากจำนวนสตรีมีครรภ์ที่เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved