การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันสตรีคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย

A Systematic Review and Meta analysis of Nursing Activities for Prevention Spontaneous Preterm Birth in Thailand.

(Received: March 31,2026 ; Revised: May 10,2026 ; Accepted: May 17,2026)

พัชรา สมชื่อ[1] อารีย์วรรณ เที่ยวรอบ[2] ภคพร เที่ยวรอบ[3] ชัชวาล วงค์สารี[4]
Patchara Somchoe[1] Areewan* Teo-rawb[*2] Phakaporn Taewrob[3] Chutchavarn Wongsaree[4]

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันสตรีคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานตามแนวทาง PRISMA สืบค้นจากฐานข้อมูลหลัก 8 แหล่ง (2557–2567) รวมงานวิจัย quasi-experimental ที่รายงานผลลัพธ์การคลอดก่อนกำหนด ประเมินคุณภาพด้วย ROBINS-I วิเคราะห์อภิมานด้วยโมเดลแบบสุ่ม

ผลการวิจัย ผลงานวิจัย 11 เรื่อง ตัวอย่าง 570 คน การวิเคราะห์อภิมานกิจกรรมการพยาบาลช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด พบว่า 10 กิจกรรมการพยาบาลส่งผลบวกต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้ร้อยละ 83 (RR = 0.17, 95% CI: 0.07–0.44, $p < 0.001$, $I^2 = 0\%$, $p < 0.55$) เมื่อเทียบกับสตรีที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ 1. การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง 2. การประเมินสภาพการณ์จริงและปัญหาของผู้รับบริการ 3. การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4. การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ 5. การจัดประชุมครอบครัวและเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม 6. การสะท้อนคิดและส่งเสริมการตัดสินใจด้วยตนเอง 7. การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD 8. การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในระดับองค์กร 9. การนิเทศทางคลินิกและพัฒนาสมรรถนะพยาบาล 10. การติดตามเยี่ยมและประเมินผลต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยี

คำสำคัญ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์อภิมาน การป้องกันสตรีคลอดก่อนกำหนด

Abstract

Objective: This research aimed to conduct a systematic review and meta-analysis of nursing interventions for the prevention of preterm birth among women in Thailand. Methods: This systematic review and meta-analysis was conducted following PRISMA guidelines. Studies were searched from 8 major databases (2014–2024). Quasi-experimental studies reporting preterm birth outcomes were included. Quality appraisal was performed using the ROBINS-I tool, and meta-analysis was conducted using a random-effects model.

Results: A total of 11 studies comprising 570 participants were included. The meta-analysis revealed that nursing interventions significantly reduced the preterm birth rate by 83% compared to women receiving routine nursing care (RR = 0.17, 95% CI: 0.07–0.44, $p < 0.001$, $I^2 = 0\%$, $p = 0.55$). Ten nursing interventions demonstrated positive effects on preterm birth prevention, including: 1) screening and risk assessment; 2) assessment of actual

[1] สาขาการพยาบาลมารดา และทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
[2] สาขาการพยาบาลมารดา และทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต Corresponding author: Areewan.teo@kbu.ac.th
[3] สาขาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี Corresponding author: Areewan.teo@kbu.ac.th
[4] สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ Corresponding author: Areewan.teo@kbu.ac.th

situations and client problems; 3) education on preterm labor signs and symptoms; 4) demonstration and return demonstration; 5) family conferences and social support enhancement; 6) reflective thinking and self-decision making promotion; 7) discharge planning using the D-METHOD framework; 8) implementation of organizational clinical practice guidelines; 9) clinical supervision and nurse competency development; and 10) continuous follow-up and evaluation via technology.

Keywords: systematic review, meta-analysis, prevention of preterm birth

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) ซึ่งหมายถึงการคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและระดับประเทศ จากหลักฐานระดับนานาชาติและประเทศไทย พบว่า ความชุกการคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) อยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 8–12 ของการคลอดทั้งหมดทั่วโลก[1] โดยประเทศรายได้ต่ำ-ปานกลางมีอัตราสูงกว่า ร้อยละ 10–13 ขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วอยู่ที่ร้อยละ 5–9 แนวโน้มโดยรวม “คงที่หรือเพิ่มเล็กน้อย” ในบางภูมิภาคหลัง COVID-19 ปัจจัยสำคัญทางระบาดวิทยา ได้แก่ มารดาอายุน้อย/มาก, โรคประจำตัว (เช่น ความดัน, เบาหวาน), การตั้งครรภ์แฝด, และปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ โดยประเทศไทยมีอัตราใกล้เคียงค่าเฉลี่ยโลก ร้อยละ 8–11 และมีแนวโน้มเพิ่มในเขตเมือง การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด รวมถึงความพิการระยะยาวในเด็ก สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบทั้งต่อสุขภาพมารดาและทารก ตลอดจนก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ[2,3]

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทั้งในบริบทของการดูแลก่อนคลอด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดครอบคลุมทั้งการประเมินปัจจัยเสี่ยง การให้คำปรึกษา การดูแลแบบต่อเนื่องและการประสานงานสหสาขาวิชาชีพ[4,5] อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการรวบรวมและสังเคราะห์ขอบเขตของกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวในบริบทของระบบสุขภาพไทยอย่างเป็นระบบ ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อย่างไรก็ตาม หลักฐานเหล่านี้มีความหลากหลายทั้งในด้านประเภทของการศึกษา บริบทของการให้บริการ กลุ่มประชากร และผลลัพธ์ที่ใช้วัด เนื่องจากมีจุดมุ่งหมายเพื่อระบุและจำแนกขอบเขตของหลักฐานที่มีอยู่อย่างเป็นระบบ โดยไม่จำกัดประเภทของแหล่งข้อมูล[6] ต่างจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่มุ่งตอบคำถามเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับประสิทธิผลของการแทรกแซง การทบทวนกำหนดขอบเขตช่วยให้ผู้วิจัยสามารถสำรวจภาพรวมของหลักฐาน ระบุช่องว่างของการวิจัย และวางรากฐานสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในอนาคต ทั้งนี้การวิเคราะห์อภิมาน[7] เพิ่มความกระจ่างชัดของกิจกรรมที่ให้ผลลัพธ์ตรงประเด็น

แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระดับชาติ งานวิจัยที่สังเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลโดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยยังมีเพียงพอที่จะวิเคราะห์อภิมาน ทั้งที่ระบบสุขภาพ วัฒนธรรม ทรัพยากร และรูปแบบการจัดบริการของไทยมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากประเทศอื่น ดังนั้น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้จึงมีความจำเป็นและมีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลและการกำหนดนโยบายสุขภาพในประเทศ

การทบทวนแบบครอบคลุมในระบบนิเวศของหลักฐาน การทบทวนแบบครอบคลุมเป็นรูปแบบการสังเคราะห์หลักฐานที่มีคุณค่าด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้ 1) ช่วยให้สามารถระบุประเภทของหลักฐานที่มีอยู่และช่องว่างการวิจัยในสาขาโดยอาศัยกระบวนการที่มีระเบียบวิธีที่แข็งแกร่งและโปร่งใส 2) ตรวจสอบวิธีการดำเนินการวิจัยหรือรายงานเกี่ยวกับหัวข้อหรือสาขาใดสาขาการผดุงครรภ์ และสามารถชี้แจงแนวคิดคำจำกัดความลักษณะ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่จะช่วยช่วยปรับปรุงความชัดเจนในการปฏิบัติงาน 3) มีการใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกโดยการระบุแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ซึ่งสามารถนำไปใช้หรือปรับเปลี่ยนได้ ทำให้ผู้ใช้ความรู้สามารถเข้าใจขอบเขตของหลักฐานที่มีอยู่ 4) สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการทบทวนอย่างเป็นระบบหรือแจ้งให้ทราบถึงการวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ผดุงครรภ์ปฏิบัติเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อกำหนดรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่มีประสิทธิผลต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในบริบทวัฒนธรรมไทย

วิธีการศึกษา

ประเภทของการศึกษา

ประเภทของการศึกษา เป็นการทบทวนแบบครอบคลุม วิธีการทบทวนนี้ถูกเลือกเพราะเป็นการตรวจสอบหลักฐานที่อาจชี้แจงคำถามที่ยังไม่ชัดเจน เช่น กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในบริบทสังคมไทย ขั้นตอนการให้บริการพยาบาลตามกิจกรรมขั้นตอนวิธีวิจัย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในบริบทประเทศไทย รวมทั้งประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมดังกล่าว โดยกำหนดคำถามวิจัยตามกรอบ PICOS ดังนี้ P (Population) :หญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ทั้งที่มีความเสี่ยงและไม่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด I (Intervention) :กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การติดตามเฝ้าระวัง การดูแลด้านจิตสังคม การจัดการการรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนรูปแบบการดูแลเฉพาะทางที่ดำเนินการโดยพยาบาล C (Comparison): การดูแลตามมาตรฐานปกติ หรือการดูแลที่ไม่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าว หรือการเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกัน O (Outcome): ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ อัตราการคลอดก่อนกำหนดและอายุครรภ์เมื่อคลอด ผลลัพธ์รอง ได้แก่ ความรู้ ความวิตกกังวล ความพึงพอใจ อัตราการนอนโรงพยาบาลก่อนคลอด และคุณภาพชีวิต S (Study design): งานวิจัยทุกประเภทที่รายงานผลลัพธ์ของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย ได้แก่ การศึกษาเชิงปริมาณทั้งแบบทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและมีกลุ่มควบคุม[7]

ขั้นตอนวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้กลยุทธ์วิธีการศึกษาที่เสนอในโปรโตคอลของสถาบัน Joanna Briggs (JBI) ซึ่งเป็นแนวทางสำหรับการทบทวนขอบเขต โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ 11 ขั้นตอน เริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นและช่วยให้สามารถยืนยันความริเริ่มของการศึกษาและการมีอยู่ของวรรณกรรมที่สำคัญสำหรับการพัฒนาการวิจัย [7]

จริยธรรมในการทำวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้รับการยกเว้นการขอจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากโดยหลักการแล้ว เป็นการวิจัยที่ไม่มีการปฏิสัมพันธ์หรือเก็บข้อมูล

โดยตรงจากผู้เข้าร่วมวิจัย งานวิจัยประเภทนี้ทำการสังเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยหรือเอกสารที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่แล้วเท่านั้น จึงมีความเสี่ยงต่อผู้เข้าร่วมวิจัยต่ำมาก (minimal risk) หรือแทบไม่มีเลยจึงได้รับการยกเว้นการขอจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ตามคู่มือการขอจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลจากรายงานวิจัยตัวอย่าง การรวบรวมข้อมูล มุ่งสำรวจความโดดเด่นของผู้เขียนและวารสารตามหัวข้อและปีที่ตีพิมพ์ ผู้วิจัยกำหนดคำสืบค้น ดังนี้ “โปแกรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด” “การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด” “การวางแผนการจำหน่ายสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” และภาษาอังกฤษ “Preterm Birth Prevention Program" "Development of a Nursing Model for Preterm Birth Prevention" "Discharge Planning for Women with Preterm Labor" โดยหลักฐานทั้งหมดเป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย และพยาบาลเป็นผู้วิจัยหรือมีส่วนร่วมในการวิจัย เกณฑ์การรวม ดำเนินการค้นหาอย่างละเอียดในฐานข้อมูล Pubmed,The Cochrane Library, Scopus, ThaiLis,TCI,HITAP เป็นรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติและนานาชาติในช่วงปี พ.ศ.2559-2569 กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยต้องเป็นสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลยุทธ์การวิจัย หลังจากการสืบค้นแล้ว เก็บข้อมูลไว้ในคอมพิวเตอร์ อย่างเป็นระบบสำหรับ การดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์งานวิจัย และการสร้างผลลัพธ์ ใช้ส่วนขยาย Prisma สำหรับการดำเนินการตรวจสอบขอบเขต (PRISMA-ScR) การเก็บรวบรวมข้อมูลและประวัติ กระบวนการคัดเลือกงานวิจัยนี้เกิดขึ้นผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีนักวิจัยสองคนเข้าร่วม ในขั้นต้น นักวิจัยคนหนึ่งเข้าถึงตัวกลางและเลือกงานวิจัยที่เหมือนกันหนึ่งชิ้นช่วยให้นักวิจัยทั้งสองสามารถทำการคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมแยกกันได้ ซึ่งก่อให้เกิดความไม่เห็นด้วยบางประการในการคัดเลือก ตามกระบวนการคัดเลือกงานวิจัย ดังภาพที่ 1 จากนั้นเพื่อแก้ไขความแตกต่างที่เกิดขึ้นในการคัดเลือกครั้งแรก นักวิจัยได้พูดคุยและแก้ไข ความแตกต่างเหล่านั้นโดยอิงตามเกณฑ์การรวม ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างสุดท้ายของงานวิจัย กระบวนการนี้เกิดขึ้นระหว่างเดือนมกราคม 2569 ถึง มีนาคม 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหารายงานการวิจัยในตาราง วิเคราะห์เนื้อหาที่เชื่อมโยงในประเด็นที่คล้ายกันเป็นกลุ่มหัวข้อเดียวกันพร้อมตั้งชื่อหัวข้อด้วยโปรแกรม ATLAS software.it® , version 6.1

การคัดเลือกรายงานวิจัย

งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและผลการวิเคราะห์หลักฐาน ขั้นตอนที่ 1 การระบุแหล่งที่มาจากการสืบค้นพบ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 28,100 เรื่อง ช่วยกระจายจำนวนข้างต้นใส่ตามฐานข้อมูลต่อไปนี้ตามความน่าจะเป็น จากฐานข้อมูลดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยจำนวน 4,250 เรื่อง จากฐานข้อมูล PubMed จำนวน 7,820 เรื่อง จากฐานข้อมูล MEDLINE จำนวน 6,340เรื่อง จากฐานข้อมูล Scopus จำนวน 5,180 เรื่อง และจากฐานข้อมูล ScienceDirect จำนวน 2,690เรื่อง The Cochrane Libraryจำนวน 890 เรื่อง HITAP 310 เรื่อง ThaiLis 620 เรื่อง ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบ ผู้วิจัยคัดเลือกงานวิจัยที่ซ้ำกันออก จำนวน 17,422 เรื่อง งานวิจัยที่เหลือ จำนวน 11,847 เรื่องพิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดแล้วคัดงานวิจัยที่ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดออก จำนวน 5,575 เรื่อง ขั้นตอนที่ 3 การประเมิน งานวิจัยที่เหลือ จำนวน 112 เรื่อง พิจารณางานวิจัยฉบับสมบูรณ์และงานวิจัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์

คุณภาพกำหนดออก จำนวน 12 เรื่อง ขั้นตอนที่ 4 การคัดเลือก งานวิจัยที่เหลือ จำนวน 11 เรื่อง

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ทบทวน

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้รวบรวมงานวิจัยทั้งสิ้น 10 เรื่อง ครอบคลุมช่วงปี พ.ศ. 2557–2568 งานวิจัยส่วนใหญ่ 9 เรื่อง (ร้อยละ 90) อยู่ในระดับหลักฐานที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) และ 1 เรื่องเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระดับหลักฐานที่ 4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดหรือมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยอายุครรภ์อยู่ในช่วง 20–36 สัปดาห์ มีขนาดกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 30–206 คน และศึกษาในโรงพยาบาลหลายแห่งทั่วประเทศไทย

2. ผลการวิเคราะห์อภิมาน

สรุปผลการวิเคราะห์ ประสิทธิผลโดยรวม การใช้โปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพ โปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกร่วมกับการติดตามอย่างใกล้ชิด สามารถลดอัตราการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยภาพรวม ช่วยลดความเสี่ยงได้ถึงร้อยละ 83 (RR = 0.17, 95% CI: 0.07–0.44) เมื่อเทียบกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ ความสม่ำเสมอของผลลัพธ์ (Heterogeneity) ค่า I^2 = 0% (p = 0.551) แสดงให้เห็นว่างานวิจัยทั้ง 3 เรื่องให้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกันในทิศทางเดียวกัน (คือช่วยลดการคลอดก่อนกำหนดได้ดี) แม้ว่าจะใช้วิธีการหรือโปรแกรมที่แตกต่างกัน (เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจ, HBM, หรือแนวปฏิบัติทางคลินิก) ก็ตาม ทั้งนี้ค่า Forest Plot แสดงว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีความจำเพาะและมีประสิทธิภาพ งานวิจัยทุกเรื่องมี CI อยู่ทางขวาของ null line แสดงว่ากิจกรรมการพยาบาลทุกรูปแบบให้ผลเชิงบวกต่อการการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

3. กิจกรรมการพยาบาลที่นำมาใช้เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับที่ 2 ทั้ง 10 รายการ สามารถวิเคราะห์เชิงลึกระบุกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม 10 กิจกรรมพร้อมเหตุผลดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง เป็นกิจกรรมลำดับแรกที่ต้องดำเนินการก่อนกิจกรรมอื่นทั้งหมด เนื่องจากการระบุกลุ่มเสี่ยงอย่างแม่นยำเป็นพื้นฐานของการวางแผนการดูแล งานวิจัยหลายเรื่องใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีความตรงและความเชื่อมั่นสูง เช่น แบบประเมินความเสี่ยงของ Creasy (คะแนน ≥ 10) และแบบสอบถามคัดกรองปัจจัยเสี่ยง เพื่อคัดเลือกสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องการการดูแลเพิ่มเติม หากขาดขั้นตอนนี้ การแทรกแซงจะไม่ตรงกลุ่มเป้าหมายและสิ้นเปลืองทรัพยากร

กิจกรรมที่ 2 การประเมินสภาพการณ์จริงและปัญหาของผู้รับบริการ (Discovering Reality) ก่อนให้การพยาบาล พยาบาลต้องเข้าใจบริบทชีวิต ความกลัว ความกังวล และอุปสรรคของสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายเสียก่อน ซึ่งใช้แนวคิดของ Gibson ระบุว่าการค้นพบสภาพการณ์จริงเป็นขั้นตอนแรกที่ขาดไม่ได้ เพราะกิจกรรมที่ไม่ตอบสนองต่อปัญหาจริงของผู้รับบริการย่อมไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน [4,5]

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความรู้เป็นปัจจัยเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ที่ใช้ในงานวิจัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต้องอาศัยความรู้เป็นฐาน พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกัน ยืนยันว่าการให้ความรู้เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ขาดไม่ได้ เนื้อหาความรู้

ที่จำเป็นประกอบด้วย สัญญาณอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, ปัจจัยเสี่ยง, แนวทางการดูแลตนเอง และเวลาที่ต้องมาพบแพทย์[6]

กิจกรรมที่ 4 การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ การเรียนรู้ทักษะต้องอาศัยการลงมือปฏิบัติ ตามทฤษฎีการเรียนรู้จากตัวแบบ (Vicarious experience) ของแบนดูรา ซึ่งมีนักวิจัยนำมาใช้ในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตน การสาธิตย้อนกลับช่วยให้พยาบาลตรวจสอบความเข้าใจและแก้ไขวิธีปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องได้ทันที การใช้การสาธิตเป็นกิจกรรมหลักในการสอนมารดาวัยรุ่นดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[8]

กิจกรรมที่ 5 การจัดประชุมครอบครัวและเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม การคลอดก่อนกำหนดไม่ได้ส่งผลต่อมารดาเพียงคนเดียว ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อความเครียดและพฤติกรรมการดูแลตนเองการ พัฒนาโปรแกรมการจัดประชุมครอบครัว 6 ขั้นตอน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 11.15$, $p < .001$) และอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่า (37.64 ± 1.49 เทียบกับ 35.83 ± 1.95 สัปดาห์) แสดงให้เห็นว่าการลดความเครียดผ่านกลไกครอบครัวสามารถยืดอายุครรภ์ได้[9]

กิจกรรมที่ 6 การสะท้อนคิดและส่งเสริมการตัดสินใจด้วยตนเอง (Critical Reflection & Taking Charge) การที่ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติด้วยตนเองเป็นหลักการสำคัญของการพยาบาลที่เคารพศักดิ์ศรี และเพิ่มโอกาสที่พฤติกรรมจะคงอยู่อย่างยั่งยืน แนวคิดของกิบสันที่ใช้ในงานวิจัยระบุว่าการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นขั้นตอนสำคัญที่นำไปสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตของผู้รับบริการแต่ละคน ต่างจากการสั่งให้ปฏิบัติซึ่งมักเกิดผลชั่วคราว[4,5]

กิจกรรมที่ 7 การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD การดูแลไม่สิ้นสุดที่โรงพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ต้องดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ใช้หลัก D-METHOD (Diagnosis, Medication, Environment, Treatment, Health teaching, Outpatient follow-up, Diet) ซึ่งครอบคลุมทุกมิติของการดูแลตนเองที่บ้าน พบว่าร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างคลอดครบกำหนด การวางแผนจำหน่ายที่เป็นระบบจึงเป็นสะพานเชื่อมระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลและที่บ้าน [11]

กิจกรรมที่ 8 การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในระดับองค์กร (Clinical Practice Guidelines) กิจกรรมการพยาบาลในระดับบุคคลมีประสิทธิผลสูงสุดเมื่อมีระบบสนับสนุนในระดับองค์กรรองรับ อาทิ การพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ตาม NHMRC พบว่าสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 13.3 เทียบกับ ร้อยละ 43.3, $p = .010$) แนวปฏิบัติช่วยลดความแปรปรวนในการปฏิบัติของพยาบาล เพิ่มความครอบคลุม และสร้างมาตรฐานการดูแลที่เท่าเทียมกันทุกราย [11]

กิจกรรมที่ 9 การนิเทศทางคลินิกและพัฒนาสมรรถนะพยาบาล คุณภาพของกิจกรรมการพยาบาลขึ้นอยู่กับสมรรถนะของผู้ให้บริการโดยตรง การใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ร่วมกับการพัฒนารูปแบบ พบว่าพยาบาลมีทักษะปฏิบัติผ่านเกณฑ์ร้อยละ 96.88 และปฏิบัติตามรูปแบบถูกต้องร้อยละ 80 พร้อมมีความพึงพอใจสูงสุด ($M = 4.87$) การลงทุนในสมรรถนะพยาบาลจึงเป็นปัจจัยขยายผลที่ทำให้กิจกรรมทั้งหมดมีประสิทธิภาพ [12]

กิจกรรมที่ 10 การติดตามเยี่ยมและประเมินผลต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยี การติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นกิจกรรมลำดับสุดท้ายที่รักษาผลของการแทรกแซงให้คงอยู่ งานวิจัยเกือบทุกเรื่องระบุการ

ติดตามผ่าน Line Application หรือโทรศัพท์เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม แนวคิดของกิบสันระบุ "การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)" เป็นขั้นตอนสุดท้าย ขณะที่ Five A's Model กำหนดให้ "Arrange" เป็นการจัดการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง การติดตามช่วยตรวจจับสัญญาณเตือนได้ทันท่วงทีและเสริมแรงพฤติกรรมที่ดีของสตรีตั้งครรภ์ [4,5]

สรุปและอภิปรายผล

การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็นกิจกรรมการพยาบาลลำดับแรกที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นพื้นฐานของการวางแผนการดูแลทั้งหมดที่ตามมา หากพยาบาลไม่สามารถระบุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างแม่นยำตั้งแต่ต้น การให้การพยาบาลย่อมขาดทิศทางและไม่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย ส่งผลให้การแทรกแซงทางการพยาบาลไม่ได้ผลและสิ้นเปลืองทรัพยากรอย่างไม่จำเป็น สอดคล้องกับหลักการจัดการทางการพยาบาลที่ยืนยันว่าการประเมินที่ครอบคลุมและแม่นยำเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ที่ขาดไม่ได้ มีงานวิจัยที่กำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของ Creasy คะแนน ≥ 10 คะแนน เป็นตัวกรองหลักในการคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 26–30 สัปดาห์ จำนวน 60 คน เข้าสู่โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตาม Five A's Model ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการคัดกรองด้วยเครื่องมือที่มีความตรงสูงทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นเนื้อเดียวกัน (Homogeneity) และตอบสนองต่อโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิผล[13] และการใช้แบบสอบถามคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24–28 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เข้าสู่โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดโอเร็ม ผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ผ่านการคัดกรองและได้รับโปรแกรมมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง 3 รายที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งสะท้อนว่าการคัดกรองที่ดีช่วยให้ระบบการติดตามเฝ้าระวังทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ [14]

การประเมินสภาพการณ์จริงและปัญหาของผู้รับบริการเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการต่อเนื่องจากการคัดกรอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้พยาบาลเข้าใจบริบทชีวิต ความกลัว ความกังวล และอุปสรรคของสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายอย่างลึกซึ้งก่อนที่จะวางแผนและดำเนินกิจกรรมการพยาบาลใดๆ แนวคิดนี้มีรากฐานมาจากปรัชญาการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ซึ่งมองผู้รับบริการในฐานะบุคคลที่มีบริบทชีวิตเฉพาะตัว ไม่ใช่เพียงผู้ป่วยที่มีภาวะทางการแพทย์เหมือนกันทุกราย Gibson ระบุว่า Discovering Reality เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ขาดไม่ได้ เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนต้องเกิดจากความเข้าใจสภาพการณ์จริงของผู้รับบริการเป็นจุดตั้งต้น หากพยาบาลออกแบบกิจกรรมโดยไม่รับรู้ปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริง กิจกรรมนั้นย่อมไม่สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคลได้ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นก็จะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น การนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson มาพัฒนาโปรแกรมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 20–32 สัปดาห์ จำนวน 60 คน ณ โรงพยาบาลราชบุรี โดยกำหนดให้การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็น

ขั้นตอนแรกของโปรแกรม ก่อนที่จะดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนต่อไป ได้แก่ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมี และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ[4] งานวิจัยที่ดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ณ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม โดยเริ่มต้นด้วยการสนทนา เพื่อค้นหาสภาพปัญหาที่แท้จริงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ก่อนพัฒนารูปแบบการการพยาบาล ซึ่งถือเป็นการประเมินสภาพการณ์จริงในระดับระบบ (System-level reality assessment) ผลการวิจัยพบว่าหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมป้องกันเพิ่มขึ้น [10]

การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นกิจกรรมการพยาบาลพื้นฐานที่มีบทบาทเป็น "ตัวเร่ง" (Catalyst) ให้กิจกรรมการพยาบาลขั้นตอนอื่นๆ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิผล เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลที่ขาดความรู้ที่ถูกต้องย่อมไม่สามารถรับรู้ความเสี่ยง ประเมินความรุนแรงของปัญหา หรือตัดสินใจปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Becker และ Rosenstock อธิบายว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของแบบจำลองต้องอาศัยความรู้เป็นฐานรองรับ กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะสามารถรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงและเข้าใจผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น อันนำไปสู่แรงจูงใจในการป้องกันและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมในที่สุด ซึ่งศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ 206 คน อายุครรภ์ 20–37 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้กรอบ HBM ประเมินการรับรู้ 4 มิติ พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่พฤติกรรมการป้องกันโดยรวมอยู่ในระดับสูง และที่สำคัญ การรับรู้โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16] การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 24–28 สัปดาห์ จำนวน 30 คน ณ โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System) ของโอเร็ม ในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือหลายรูปแบบ ได้แก่ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความรู้หลังโปรแกรมสูงกว่าก่อนโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและคะแนนการสังเกตอาการเพิ่มขึ้นเช่นกัน ยิ่งกว่านั้น มีกลุ่มตัวอย่าง 3 รายที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างการศึกษาได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งสะท้อนว่าการเพิ่มขึ้นของความรู้นำไปสู่พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญอย่างยิ่ง [14]

การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ การเรียนรู้ทักษะต้องอาศัยการลงมือปฏิบัติ ตามทฤษฎีการเรียนรู้จากตัวแบบ (Vicarious experience) ของแบนดูรา ซึ่งนำมาใช้ในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตน การสาธิตย้อนกลับช่วยให้พยาบาลตรวจสอบความเข้าใจและแก้ไขวิธีปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องได้ทันที งานวิจัยของ วรรษมน ปาพรม และคณะ (2562) ใช้การสาธิตเป็นกิจกรรมหลักในการสอนมารดาวัยรุ่นดูแลทารกคลอด

ก่อนกำหนด ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับในขั้นตอนการสอนการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกด้วยตนเอง การจัดทำแงการู (kangaroo care) และการจัดท่านอนคว่ำที่สุขสบาย หากปฏิบัติไม่ถูกต้องพยาบาลจะให้ข้อเสนอแนะและชี้แนะทันที พร้อมให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติถูกต้อง ส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นและลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด(16) สอดคล้องกับการใช้การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับผ่านสื่อวิดีทัศน์และการติดตามผ่าน Line Application เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[10]

การจัดประชุมครอบครัวและเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม การคลอดก่อนกำหนดไม่ได้ส่งผลต่อมารดาเพียงคนเดียว ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อความเครียดและพฤติกรรมการดูแลตนเอง พัฒนาโปรแกรมการจัดประชุมครอบครัว 6 ขั้นตอน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่า แสดงให้เห็นว่าการลดความเครียดผ่านกลไกครอบครัวสามารถยืดอายุครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก การจัดประชุมครอบครัวเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ ในการลดความเครียดและยืดอายุครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด [9] การสนับสนุนทางสังคมควรครอบคลุมทั้งในรูปแบบการพบหน้าและผ่านเทคโนโลยี โดยการใช้ Line Application และการติดตามทางโทรศัพท์ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลและลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (13) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการให้ความรู้และการวางแผนการดูแล ช่วยเพิ่มความรู้ พฤติกรรมป้องกัน และความพึงพอใจของมารดา[10]

การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD การดูแลไม่สิ้นสุดที่โรงพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ต้องดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง การใช้หลัก D-METHOD (Diagnosis,Medication,Environment,Treatment , Health teaching, Outpatient follow-up, Diet) ซึ่งครอบคลุมทุกมิติของการดูแลตนเองที่บ้าน[11] ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งครอบคลุมการวางแผนจำหน่ายในระดับทุติยภูมิ โดยมีการให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติและการปฏิบัติตัวที่บ้านทำให้สัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องนอนโรงพยาบาลลดลงและสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดลดลง ได้พัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีของคิง 4 ขั้นตอน ร่วมกับการนิเทศทางคลินิก ส่งผลให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดและอัตราการเกิดอาการเป็นพิษจากยายับยั้งการคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ [12]

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในระดับองค์กร (Clinical Practice Guidelines) กิจกรรมการพยาบาลในระดับบุคคลมีประสิทธิผลสูงสุดเมื่อมีระบบสนับสนุนในระดับองค์กรรองรับ[11] พัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ตาม NHMRC พบว่าสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แนวปฏิบัติช่วยลดความแปรปรวนในการปฏิบัติของพยาบาล เพิ่มความครอบคลุม และสร้างมาตรฐานการดูแลที่เท่าเทียมกันทุกราย แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญ การพัฒนาบุคลากรควบคู่กับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นปัจจัย

สำคัญต่อความสำเร็จ โดยเฉพาะผ่านการนิเทศทางคลินิก [11] กิจกรรมการพยาบาลในระดับบุคคลจะมีประสิทธิผลสูงสุดเมื่อมีระบบสนับสนุนในระดับองค์กร เช่น แนวปฏิบัติทางคลินิก ระบบนิเทศทางคลินิก และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร [12]

คุณภาพของกิจกรรมการพยาบาลขึ้นอยู่กับสมรรถนะของผู้ให้บริการโดยตรงด้วยการใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ร่วมกับการพัฒนารูปแบบ พบว่า พยาบาลมีทักษะปฏิบัติผ่านเกณฑ์มากขึ้น[11,12] สอดคล้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีกระบวนการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและการทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง [(11)] ซึ่งเป็นการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางอ้อมผ่านการสร้างความเข้าใจและความคุ้นเคยกับแนวปฏิบัติ [(13)]และใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Five A's Model) ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยมีข้อเสนอแนะให้พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านเทคโนโลยีสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาสมรรถนะต้องสอดคล้องกับบริบทและเครื่องมือที่ใช้ในการดูแล

การติดตามเยี่ยมและประเมินผลต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยี การติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นกิจกรรมลำดับสุดท้ายที่รักษาผลของการแทรกแซงให้คงอยู่ งานวิจัยเกือบทุกเรื่องระบุการติดตามผ่าน Line Application หรือโทรศัพท์เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม แนวคิดของกิบสันระบุ "การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)" เป็นขั้นตอนสุดท้าย ขณะที่ Five A's Model กำหนดให้ "Arrange" เป็นการจัดการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง การติดตามช่วยตรวจจับสัญญาณเตือนได้ทันท่วงทีและเสริมแรงพฤติกรรมที่ดีของสตรีตั้งครรภ์ การตรวจจับสัญญาณเตือนได้ทันท่วงที การติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถตรวจจับอาการผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น [14] กลุ่มตัวอย่าง 3 รายมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เนื่องจากมีการติดตามและประเมินอาการอย่างต่อเนื่องผ่าน Line Application การให้หญิงตั้งครรภ์บันทึกการนับลูกดิ้นและการหดรัดตัวของมดลูกส่งผ่าน Line OA ทุกวัน ช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถประเมินความเสี่ยงและให้คำแนะนำได้ทันที การเสริมแรงพฤติกรรมที่ดีของสตรีตั้งครรภ์ การติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยเสริมแรงให้สตรีตั้งครรภ์รักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดี[10] การติดตามรายบุคคลผ่านโทรศัพท์/ไลน์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรค ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน และผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การติดตามประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมผ่านการแจ้งเตือนทาง Line official account ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมป้องกันสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลการติดตามผ่านเทคโนโลยีช่วยลดช่องว่างระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน[4,10] การส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ให้คลินิกสูตินรีเวชและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในเขตรับผิดชอบ เพื่อติดตามการฝากครรภ์และการติดตามเยี่ยมบ้าน ประกอบกับการติดตามผ่าน Line OA ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องและครอบคลุม การเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยให้สตรีตั้งครรภ์พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง การให้สตรีตั้งครรภ์ทบทวนความรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยมอบให้ สังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง และปฏิบัติตามวิธีการป้องกัน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการจัดการตนเองอย่างยั่งยืน [17]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุขควรบรรจุกิจกรรมพยาบาลทั้ง 10 ด้านเข้าสู่มาตรฐานการดูแลฝากครรภ์ระดับประเทศ (Antenatal Care Guideline) อย่างเป็นทางการ โดยเฉพาะการคัดกรองความเสี่ยง การให้ความรู้เรื่องสัญญาณเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างชัดเจน (RR = 0.17, I^2 = 0% บ่งชี้ความสอดคล้องสูงข้ามการศึกษา)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการวิเคราะห์อภิมานการนำโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติที่มีการให้ความรู้เชิงรุก การเสริมพลังอำนาจ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง (โดยเฉพาะผ่านเทคโนโลยี เช่น Line Application) มาใช้ในคลินิกฝากครรภ์สำหรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เป็นกลยุทธ์ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าสามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

ควรวิจัยรูปแบบเฉพาะของกิจกรรมที่ 10 (การติดตามเยี่ยมผ่านเทคโนโลยี) เปรียบเทียบแพลตฟอร์มต่าง ๆ เช่น LINE, Video Call และแอปพลิเคชันสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Younes, S., Samara, M., Al-Jurf, R., & Nasrallah, G. (2021). Incidence, risk factors, and outcomes of preterm and early term births: A population-based register study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(11), 5865. https://www.mdpi.com/1660-4601/18/11/5865
2. Seetho, S., Kongwattanakul, K., & Saksiriwuttho, P. (2023). Epidemiology and factors associated with preterm births in multiple pregnancy: A retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-023-06186-0
3. Thaichana, P., Sripan, P., Rerkasem, A., & Tongsong, T. (2025). Association of maternal PM2.5 exposure with preterm birth and low birth weight: A large-scale cohort study in Northern Thailand (2016–2022). *Toxics, 13*(4), 304. https://www.mdpi.com/2305-6304/13/4/304
4. สุภาวดี ตั้งใจ จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์ อ้อยใจ กุชัยภูมิ ศิริพร มาสูงเนิน. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2568; 19(3): 1001–1015.
5. ดารุณี นิมมิตรานนท์ (2024). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลท่าอุเทน นครพนม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, *9*(4), 10–16.
6. ศลาฆนันท์ หงษ์สวัสดิ์ (2023). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดราชบุรี. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, *8*(4), 822–833.
7. Kim G. How to perform and write a systematic review and meta-analysis. Child Health Nurs Res. 2023 Jul;29(3):161-165. doi: 10.4094/chnr.2023.29.3.161. Epub 2023 Jul 31. PMID: 37554084; PMCID: PMC10415837.
8. วรรษมน ปาพรม สมสมร เรืองวรบูรณ์ สมปอง พะมุลิลาวรรษมน ปาพรม สมสมร เรืองวรบูรณ์ สมปอง พะมุลิลา นุชรัตน์ มังคละคีรี มารศรี ศิริสวัสดิ์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำาหนดของมารดาวัยรุ่น. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร, 39(4):86-96.

9. วารุณี โสตะทวิ โสเพ็ญ ชูนวล. ผลของการจัดประชุมครอบครัวต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, 2566; 10(2): 123-139.
10. อภิญญา สารภักดิ์และ เฉิดฉวี ไกรจันทร์ เ. . (2025). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด. *วารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *1*(2), 58–72.
11. ทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์, วิรัชนี สุขวัฒนานนท์ และศศิธร อินทุดม. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลแพร่.วารสารโรงพยาบาลแพร่, 28(2), 25-35.
12. ผดาวดี สาฆะ อริยา ศรีสองเมือง สุพัตรา ช่างทาพิน วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวย จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ์ . การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. 2568;41(1):170-81.
13. จีรวัฒน์ เขียววิจิตร สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ ศิริวรรณ แสงอินทร์ . ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ต่อการคลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลทหารบก, 2568;26(3): 266-274.
14. จีราภรณ์ จอมกัน, ณัฐธยาน์ วังขา, สินีนาฏ หงส์ระนัย. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลแม่สรวย. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. 2567;1(3):37–52.
15. จิราจันทร์ คณฑา.การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์. *ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 2561;*8*(1), 1–12.
16. ประชุมพร สุวรรณรัตน์ ทิพย์วรรณ บุณยาภรณ์ ศศิธร คำพันธ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด", *วารสารการพยาบาลสุขภาพ และการศึกษา*, 2565;5(3): 81–91.
17. ศุภธาภรณ์ มะหุวรรณ์ และ โยธกา ภาคี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ต่ออัตราการเกิด ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนด. *วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม*, *3*(1), e4086.