เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ประจำปีงบประมาณ 2567

การพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : เปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ ราย

นางสาวมยุรี ช่วยบำรุง

โรงพยาบาลสทิงพระ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

https://skho.moph.go.th

รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย

มยุรี ช่วยบำรุง

โรงพยาบาลสทิงพระ

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง การพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสทิงพระ จังหวัดสงขลา เป็นการศึกษากรณีศึกษาเชิงพรรณนาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 รายโดยใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) ในการดูแลมารดาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสทิงพระ

ผลการศึกษา : จากกรณีศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 รายโดยใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) ในการดูแลมารดาพบว่ามีความเหมือนของการดูแลมารดาคือ มารดาและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ส่งเสริมสุขภาพให้สามารถดูแลตนเอง ลดปัจจัยเสี่ยงซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เพื่อยืดอายุครรภ์จนครบกำหนด แต่มีความต่างทั้งทางด้านมารดา และด้านครอบครัว เช่นในส่วนของประวัติส่วนตัว ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการคลอด ประวัติของครอบครัว ร่วมกับประเด็นความคาดหวังของครอบครัวในรายที่ 1 ที่มีมากกับการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ มารดาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลภายใต้แนวคิดการประกันคุณภาพการพยาบาล สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ตามที่ได้กำหนดหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพไว้ 7 ประการ ซึ่งหน้าที่หลักดังกล่าวนี้เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้การพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกันตามมาตรฐานของวิชาชีพ มารดาทั้ง 2 รายได้รับการ รับไว้ในโรงพยาบาลทันที เพื่อวางแผนการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพไว้ 7 ประการ มารดาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลที่เหมาะสมดังนี้คือ ผลการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) พบว่าประการที่ 1,2,3,4,6 และ 7 ได้รับการดูแลเป็นไปตามแนวทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือประการที่ 1.มารดาได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการทันที อย่างถูกต้องครบถ้วนตามแบบประเมินภาวะเสี่ยงแรกรับสามารถรับมารดาเพื่อดูแลได้ทันทีที่ห้องคลอด ประการที่ 2. มารดาได้รับการจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายและจิตใจด้วยบริบทของงานห้องคลอดรพ.สทิงพระคือสามารถรับมารดาเข้ารับการดูแลได้ทันทีที ประการที่ 3. มารดาได้รับการดูแลความปลอดภัย โดยมีมาตรฐานการคลอดคุณภาพ ประการที่4. การป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน มีการใช้แนวทางการดูแลมารดา (CPG) จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผ่านทาง MCH จังหวัดมีระบบการปรึกษาการส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ ประการที่ 6 มารดาได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของตนเองโดยครอบครัว มีส่วนร่วมตลอดจนแนวทางการขอความช่วยเหลือจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง และประการที่ 7 การสร้างความพึงพอใจแก่มารดา และครอบครัว ในส่วนที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลแต่มีประเด็นที่แตกต่างกัน ได้แก่ ประการที่ 5 มารดาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากมารดารายที่1 มารดาและครอบครัวมีความคาดหวังสูงจากการตั้งครรภ์นี้ มารดามีภาวะเสี่ยงสูงในการตั้งครรภ์ รวมถึงประวัติการตั้งครรภ์ที่มีการแท้งมาแล้ว 3 ครั้ง ประวัติส่วนตัวเช่น อายุ 41ปี เป็นต้น ดังนั้นมารดารายที่ 1 ต้องมีการประสานการพยาบาลส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเร่งด่วนรวมถึงการ การส่งข้อมูลต่อในคลินิกครรภ์เสี่ยง และการติดตามการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ส่วนมารดารายที่ 2 เนื่องจาก มีประสบการณ์ และภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ที่ต่ำกว่า แต่อายุ 19 ปี การพยาบาลคือมีการส่งข้อมูลต่อในคลินิกครรภ์เสี่ยง และการติดตามการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดติดตามเรื่องการวางแผนครอบครัว

คำสำคัญ : เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางสูติกรรมในประเทศไทย และเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายสูงและใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ต้องมีกุมารแพทย์สาขาทารกแรกเกิดที่เชี่ยวชาญ และพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด ซึ่งส่วนใหญ่ทำในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป(กรมการแพทย์, 2566) [1] ปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด แต่ยังไม่มีการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมที่เป็นภาพรวมของประเทศ ประกอบกับเมื่อ 24 กรกฎาคม 2561 จังหวัดสงขลาซึ่งเป็นจังหวัดนำร่องในของเขต 12 เข้าร่วม “โครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร”(กองสาธารณสุขท้องถิ่น,2565)[2] โดยได้นำลงสู่การปฏิบัติในทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อป้องกันและรักษาภาวะคลอดก่อนกำหนดให้เข้มแข็งมากขึ้น ผู้เสนอผลงานปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอดและเป็นเลขานุการคณะกรรมการพัฒนางานแม่และเด็กโรงพยาบาลสทิงพระรวมถึงเป็นคณะกรรมการพัฒนางานแม่และเด็กของอำเภอสทิงพระ (MCH ระดับอำเภอ) และด้วยระบบการทำงานในหน่วยงานของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งไม่มีแพทย์เฉพาะทาง อัตรากำลังทั้งแพทย์และพยาบาลที่การกำลังที่ต้องใช้ร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชฯ ประกอบกับจำนวนผู้คลอดที่ลดลง ทำให้ทักษะความชำนาญต่างๆ ลดลง ดังนั้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการได้อย่างปลอดภัยตามมาตรฐาน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้แนวคิดที่หลากหลายเช่น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพแรกรับการดูแลที่ห้องคลอดจนวางแผนจำหน่าย (กัลยา และ นิจ์สากร,2560)[3] รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์

ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการพยาบาลผู้คลอด(จุฬารัตน์และคณะ,2564)[4] ซึ่งสรุปได้ว่ามารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรได้รับการดูแลตามกรอบมิติคุณภาพการพยาบาลผู้คลอด ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (วรรณทนีย์ และพรทิพย์,2559)[5] ระบบการวางแผนจำหน่ายอย่างมีแบบแผน(นวรัตน์ และอาภรณ์,2558)[6] และยังมีการใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (ฉวีวรรณและคณะ,2550)[7] รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยเน้นการจัดการปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคลและชุมชน (รุ้งตวรรณ์และคณะ,2552)[8] ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (อัสมะและคณะ,2562)[9] ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองชองหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้ง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถยืดการตั้งครรภ์จนอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด ทุกรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนั้นสามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่ได้ผลดีในการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำนอกจากนั้นยังไม่มีรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่สอดคล้องและครอบคลุมตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 ประการ (7 Aspects of care) (สำนักการพยาบาล,2554)[10] ซึ่งหน้าที่หลักดังกล่าวเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้การพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกันตามมาตรฐานของวิชาชีพ ได้นำมาปรับใช้เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้สะดวก และรวดเร็วในการใช้ประเมินอาการมารดา นอกจากนั้นยังมีการนิเทศหน้างานรับฟังความคิดเห็นทั้งทางด้านแพทย์ พยาบาล รวมถึงสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันจัดทำแบบ Standing order Premature contraction ตามแนวทางของกรมการแพทย์ เพื่อให้แพทย์ และพยาบาลสามารถใช้เป็นรูปแบบแนวทางในการดูแลมารดาได้ถูกต้อง และมีการแนะนำการใช้แบบบันทึก และแนวทางการปฏิบัติงาน ในการปฐมนิเทศทุกคน ในเจ้าหน้าที่ใหม่ และชี้แจงแนวทางใหม่ หรือ เมื่อมีการ update ทุกครั้งจากแม่ข่าย ในการประชุมประจำเดือน แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน รวมถึงมีการคืนข้อมูลตัวชี้วัด ผลจากการทบทวนเคส หรือเหตุการณ์สำคัญ จัดการประชุมทบทวนการดูแลมารดาตามมาตรฐานการคลอดคุณภาพ การซ้อมภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมในรูปของ MCH อำเภอปีละ 1 ครั้ง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา 2 ราย ที่มารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสทิงพระ จังหวัดสงขลา โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพการพยาบาลผู้คลอดที่กำหนดหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 ประการ (7 Aspects of care) ในการวางแผนการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อยืดอายุครรภ์ และเพื่อลดอัตราทารกคลอดก่อนกำหนด

วิธีดำเนินการศึกษา

เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสทิงพระ ระหว่างวันที่ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2566 ดำเนินการ โดยนำขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) การใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงแรกรับ รวมถึงการดูแลมารดาในระยะก่อนคลอดตาม

มาตรฐานการคลอดคุณภาพ ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำมาเป็นแนวทางในการแนวทางการดูแลมารดา ร่วมกับแนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สังเกตและศึกษาจากเวชระเบียนที่ใช้ในงานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลสทิงพระ

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาศัยลักษณะทางคลินิกดังนี้ คือ มีมดลูกหดรัดตัวอย่างสม่ำเสมอร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกที่บางลงและ/หรือการเปิดขยายออกของปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นหรือมาด้วยอาการแสดงเริ่มแรกของการหดรัดตัวสม่ำเสมอร่วมกับปากมดลูกเปิดขยายอย่างน้อย2 เซนติเมตร โดยอาจร่วมกับมีมูกเลือดหรือถุงน้ำครำรัว ตั้งแต่ อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ (สำหรับในกรณีที่อายุครรภ์ไม่แน่นอนให้ยึดน้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัม) ขึ้นไปถึงอายุครรภ์ 36^{+6} สัปดาห์ (กรมการแพทย์, 2566)[1]

ปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Risk factors of preterm labor)

1. ประวัติทางสูตินรีเวช
2. ข้อมูลพื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์
3. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งนี้

โดยกลยุทธ์ที่สำคัญของการลดทารกคลอดก่อนกำหนด ที่กรมการแพทย์เสนอและรับรองได้แก่การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) โดยการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลตนเอง ลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบริการฝากครรภ์ ที่มีคุณภาพ และการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) โดยการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มี ความเสี่ยงออกมา แล้วให้การรักษาและติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง (กรมการแพทย์, 2566)[1] กลยุทธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) ที่มีการให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก (tocolysis) ในกรณีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดแล้วนั้น เป็นเพียงการยืดระยะเวลาออกไปเพื่อให้แพทย์มีเวลาเตรียมการดูแลหรือส่งต่อทารกแรกเกิดเท่านั้น ไม่สามารถลดการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิผล อย่างไรก็ตาม การคลอดก่อนกำหนดมักมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย การแก้ปัญหาการคลอดก่อนกำหนด จึงจำเป็นต้องกระทำในหลายมิติ ทั้งมิติด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจและสังคม สภาพแวดล้อม

สรุปแนวทางการดูแลมารดาเพื่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Prevention of preterm labor)

1. รับไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาล
2. ทบทวนประวัติฝากครรภ์และตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อ
   2.1 ประเมินอายุครรภ์ น้ำหนักทารกในครรภ์ ตลอดจนท่าและส่วนนำของทารก ในครรภ์
   2.2 ประเมินสุขภาพมารดา และตรวจร่างกายทั่วไปเบื้องต้น
3. ประเมินและตรวจติดตามการหดรัดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิด
4. ประเมินและติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์ด้วยการฟังอัตราการเต้นของหัวใจ
5. ค้นหาสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

5.1 ควรทำการเพาะเชื้อจากปากช่องคลอดและทวารหนัก

5.2 เก็บปัสสาวะส่งตรวจและเพาะเชื้อ

5.3 ตรวจเลือด complete blood count (CBC)

5.4 ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อค้นหาความพิการของทารก สภาพรก ตลอดจนตัวมดลูกและอาจรวมถึงรังไข่ทั้งสองข้าง รวมถึงช่วยในการ ประเมินท่า ส่วนนำของทารก และปริมาณน้ำคร่ำ

5.5 ค้นหาสาเหตุทางมารดา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไข้ การติดเชื้อ โรค ประจำตัวต่างๆ

6. แจ้งข้อมูลเบื้องต้นแก่สตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค ตลอดจนขั้นตอนการรักษาและการปฏิบัติตนขณะอยู่โรงพยาบาล

7. กรณีเป็นสถานพยาบาลปฐมภูมิ และทุติยภูมิที่ไม่สามารถให้การดูแลทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยได้ แนะนำให้ทำการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ (in-utero transfer) ไปยัง สถานพยาบาลตติยภูมิที่มีความพร้อมในการดูแล โดยอาจพิจารณาให้ยายับยั้ง การหดรัดตัวของมดลูกก่อนส่งตัวไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า

ยาที่ใช้ในมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1. Micronized progesterone (Utrogestan) ขนาดบรรจุ 100, 200 มิลลิกรัม การบริหารยา 100 -200 มิลลิกรัม vaginal daily

2. ยากลุ่ม Calcium channel blockers (nifedipine Adalat®) ขนาดบรรจุ 10, 20 มิลลิกรัม การบริหารยา รับประทานโดยการกลืน (การเคี้ยว บด หรือทำให้ยาแตก อาจส่งผลต่อระสิทธิภาพความคงตัวของยา) ขนาดยาเริ่มต้น 20 มิลลิกรัม รับประทานทันทีหากมดลูกยังหดรัดตัว ให้อีก 20 มิลลิกรัม รับประทาน ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง หากมดลูกไม่มีการ ให้ maintenance dose 20-40 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง จนไม่มีการหดรัดตัวแล้ว โดยขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 160 มิลลิกรัม/24 ชั่วโมงการพิจารณาหยุดให้ยาขึ้นกับ อายุครรภ์ การได้รับยา corticosteroid

3. ยากลุ่ม beta-adrenergic receptor agonist แนะนำให้ใช้ Terbutaline ในการรักษา Preterm labor เฉพาะ injectable form ในคนไข้ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และไม่ควรให้นานกว่า 48-72 ชั่วโมง ได้แก่ Terbutaline (Bricanyl®) ampule (0.5 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร เท่ากับ 500 ไมโครกรัม/มิลลิลิตร) ไม่แนะนำให้ใช้ oral terbutaline เนื่องจากไม่ได้ผลและมีความเสี่ยงต่อมารดา (US FDA 2011) การบริหารยา วิธีหยดเข้าหลอดเลือด Continuous intravenous infusion การบริหารยาควรใช้เครื่อง controlled infusion เพื่อควบคุมขนาดยาและปริมาณสารละลาย 2.5-5 ไมโครกรัม/นาที วิธีฉีดเข้าใต้ผิวหนัง Terbutaline (Bricanyl®) ampule(0.5 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร เท่ากับ 500 ไมโครกรัม/มิลลิลิตร) วิธีบริหารยา Intermittent subcutaneous injection ขนาดยาเริ่มต้น 0.25 มิลลิกรัม หรือ 250 ไมโครกรัม (0.5 มิลลิลิตร) ฉีดใต้ผิวหนัง

4. Prostaglandin Inhibitors : NSAIDs Indomethacin การบริหารยา โดยการรับประทานเริ่มด้วยขนาด 50-100 มิลลิกรัม ตามด้วยขนาด 25-50 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง ไม่เกินวันละ 200 มิลลิกรัม ใช้ในอายุครรภ์ที่น้อยกว่า 32 สัปดาห์ และให้นานไม่เกิน 48 ชั่วโม

5. ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) เพื่อกระตุ้น lung maturity (Dexamethasone 4 mg) การบริหารยา อายุครรภ์ที่ให้ 24-34 สัปดาห์ (ถ้าไม่มีข้อห้าม)

5.1 แบบครั้งเดียว (single course) ใช้ได้ทั้งใน preterm laborและ PPROM สามารถเลือกใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่ง

- Betamethasone ขนาด 12 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามทุก 24 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง
- Dexamethasone ขนาด 6 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง

5.2 แบบ single rescue course การให้ยาซ้ำอีกครั้งสามารถใช้ทั้งชนิดและขนาดของยาแบบเดียวกับ single course ใช้ใน preterm labor ที่ได้รับยาครั้งแรกอย่างน้อย 7 วันและมีโอกาสคลอดก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์

6. ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics : ampicillin, erythromycin, penicillin G, vancomycin, clindamycin) การบริหารยา เพื่อยืดเวลา latency ใน PPROM ยา ampicillin ขนาด 2 กรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับerythromycin ขนาด 250 มิลลิกรัม รับประทาน ทุก 6 ชั่วโมงจนครบ 48 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ group B streptococci ให้ในช่วง active phase ของการเจ็บครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์

7. ยาป้องกันระบบประสาทของทารกในครรภ์ (Neuroprotection) magnesium sulfate ยาที่ใช้คือ magnesium sulfate ในสถาบันที่จะให้จำเป็นต้องมีการกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มี inclusion criteria, treatment regimen และแนวทางการติดตามความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะที่ได้รับยา

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนคลอด

ข้อที่ 1 ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว

ข้อที่ 2 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวแรงมากขึ้น

ข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์ติดเชื้อเนื่องจากมีถุงน้ำแตก/รั่ว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด

ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดเนื่องจากการคลอด

ข้อที่ 2 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากออกซิเจนไปยังรกลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังคลอด

ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี

ข้อที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณแผลฝีเย็บและ/หรือปวดมดลูก

ข้อที่ 3 มีปัญหาการให้นมบุตรเนื่องจากไม่มีน้านมและอุ้มให้นมบุตรไม่ถูกต้อง

ข้อที่ 4 วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 รายโดยใช้ กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) เป็นแนวทางในการดูมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีความครอบคลุม มีความเหมาะสม ตามที่กรมการแพทย์ได้เสนอและรับรอง และสอดคล้องกับแนวทางการใช้พลังขับเคลื่อนเครือข่าย ที่นำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวัง

หญิงตั้งครรภ์ ในชุมชน สามารถลดการคลอดก่อนกำหนดในชุมชนในพื้นที่นำร่องได้ ทั้งนี้เพื่อให้มารดาและครอบครัวได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้สามารถดูแลตนเอง ลดปัจจัยเสี่ยงลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบริการฝากครรภ์ ที่มีคุณภาพ และการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) โดยการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มี ความเสี่ยงออกมา แล้วให้การรักษาและติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) รวมทั้งการวางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D- METHOD เพื่อให้มารดาได้รับการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย รวมถึงการติดตามมารดาตลอดการตั้งครรภ์ดังนี้จนถึงหลังคลอด

กรณีศึกษารายที่ 1 มารดาหญิงไทยอายุ 41 ปี ประวัตการตั้งครรภ์ $G_4P_0A_3$ อายุครรภ์ 25^{+6} สัปดาห์ รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 21 เมษายน 2566 เวลา 14.25น. ด้วยอาการ 30 นาทีก่อนมา มีเลือดออกทางช่องคลอดขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเท่าเหรียญ 10 ไม่เจ็บครรภ์ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะรกเกาะต่ำ รับไว้ดูแล ในห้องคลอด จากนั้นพยาบาลดูแลมารดาตามกระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) จนไม่มีการหดรัดตัวของมดลูก ได้รับยาจนครบตามแผนการรักษา แพทย์จำหน่ายวันที่ 23 เมษายน 2566 โดยสถานะ Refer OPD case จากการติดตามเคสพบว่าเคสนี้สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนด และคลอดโดย ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2566 เป็นทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,554 กรัม หลังคลอดปกติดี แข็งแรงทั้งแม่ และลูก จากกรณีศึกษารายนี้พบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) ในการดูแลสามารถทำให้มารดาและทารกปลอดภัย กรณีศึกษารายที่ 2 มารดาหญิงไทยอายุ 19 ปี ประวัตการตั้งครรภ์ $G_2P_1A_0$ อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ มาโรงพยาบาล วันที่ 10 มิ.ย. 2566 เวลา 15.57 น.ด้วยอาการ 2 ชั่วโมงก่อนมา เจ็บครรภ์ ท้องแข็ง ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) ในการดูแลมารดา จนไม่มีการหดรัดตัวของมดลูก ได้รับยาจนครบตามแผนการรักษา แพทย์จำหน่ายวันที่ 12 มิถุนายน 2566 เนื่องจากมารดาเป็นครรภ์เสี่ยงจึงนัดมารดาเพื่อรับการฝากครรภ์ในคลินิกครรภ์เสี่ยง วันที่ 22 มิถุนายน 2566 และดูแลตลอดการตั้งครรภ์จนสามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด จากการติดตามเคสพบว่าเคสนี้สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดและคลอดปกติ วันที่ 30 มิถุนายน 2566 ที่โรงพยาบาลสงขลาทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,590 กรัม หลังคลอดแข็งแรงดีทั้งแม่ และลูก ในส่วนของมารดาเนื่องจากอายุยังไม่ถึง 20 ปี และมีความต้องการวางแผนครอบครัว ได้รับการฝังยาคุมก่อนกลับบ้าน สำหรับในรายที่ 2 นี้ จากการทบทวนประวัติมารดามีการกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้นการใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) ในการดูแลสามารถทำให้มารดาสามารถยืดอายุการตั้งครรภ์ ลดอัตราทารกคลอดก่อนกำหนดได้

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าการใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) ได้แก่ 1. มารดาได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการทันที อย่างถูกต้องครบถ้วนตามแบบประเมินภาวะเสี่ยงแรกรับ สามารถรับมารดาเพื่อดูแลได้ทันทีที่ห้องคลอด 2. มารดาได้รับการจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายและจิตใจ ด้วยบริบทของงานห้องคลอดรพ.สทิงพระคือสามารถรับมารดาเข้ารับ

การดูแลได้ทันที หน่วยงานอยู่ด้านหน้าติดกับงานอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน เข้าถึงง่าย มีเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล ที่สามารถให้บริการได้ทันที 3. มารดาได้รับการดูแลความปลอดภัย โดยมีมาตรฐานการคลอดคุณภาพซึ่งกำหนดทั้งด้าน บุคลากร อาคารสถานที่ และอุปกรณ์อย่างถูกต้องเหมาะสม 4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีการใช้แนวทางการดูแลมารดา (CPG) จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผ่านทาง MCH จังหวัด มีระบบ การปรึกษา การส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ ในการดูแลมารดา 5. มารดาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีการประสานลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หรือหน่วยงานปฐมภูมิ คลินิกครรภ์เสี่ยง ของโรงพยาบาลสทิงพระเพื่อติดตามมารดาตลอดการตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอด 6. มารดาได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของตนเองโดยครอบครัว มีส่วนร่วมเนื่องจากหน่วยงานการพยาบาลผู้คลอดมีนโยบายให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาตลอดการรักษา เปิดโอกาศให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการดูแล ตลอดจนแนวทางการขอความช่วยเหลือจากองค์กรที่เกี่ยวข้องเช่นองค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาลเป็นต้น 7. การสร้างความพึงพอใจแก่มารดา ทั้งมารดาและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเป็นมิตรมีความพึงพอใจโดยจากการเก็บข้อมูลอัตราความพึงพอใจงานการพยาบาลผู้คลอดปี 2566 เท่ากับ 92.62 เปอร์เซ็นต์ ดังนั้นการใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) เป็นแนวทางในการดูมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีความครอบคลุม มีความเหมาะสมในการดูแลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อยืดอายุการตั้งครรภ์มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ อัสมะและคณะ ที่พบว่าหากหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องในการขจัดปัจจัยที่แก้ไขได้ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ย่อมทำให้ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด(อัสมะและคณะ,2562)[9] รวมถึง การใช้พลังงานขับเคลื่อนเครือข่ายนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนสามารถลดการคลอดก่อนกำหนดได้ (กองสาธารณะสุขท้องถิ่น,2565)[2]

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลละหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care)

7 Aspect of Care	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. Assessment	มารดาอายุ 41 ปี $G_4P_0A_3$ GA25^{6}wks. By U/S ประวัติการฝากครรภ์พบเป็นครรภ์เสี่ยงสูงมีนัดที่ รพ.สงขลาตอนอายุครรภ์ 30 wks. จากการประเมินพบมารดามีภาวะเสี่ยงแรกรับ (แบบประเมินภาวะเสี่ยงแรกรับของผู้คลอด) 1. อายุมากกว่า 35 ปี 2. มีเลือดออกทางช่องคลอด 3. อายุครรภ์น้อยกว่า37 wks. 4. มีประวัติเคยแท้งเอง ≥ 3 ครั้ง ขูดมดลูก1ครั้ง 5. แพทย์ทำ U/S พบภาวะรกเกาะต่ำ 6. มีอาชีพค้าขายต้องยืนนานวันละ 10 ชั่วโมง 7. มารดาและครอบครัวอยากมีลูกมาก	มารดาอายุ 19 ปี $G_2P_1A_0$ GA 35 wks. By U/S ประวัติการฝากครรภ์พบเป็นครรภ์เสี่ยงต่ำมีนัดฝากครรภ์ที่ รพสต.วัดจันทร์ จากการประเมินพบมารดามีภาวะเสี่ยงแรกรับ (แบบประเมินภาวะเสี่ยงแรกรับของผู้คลอด) 1. อายุครรภ์น้อยกว่า37 wks. 2. ประวัติ Threatened abortion ตอนอายุครรภ์ 18 สัปดาห์ 3. มารดาอายุน้อยกว่า 20ปีตั้งครรภ์ซ้ำ 4. หลังคลอดต้องการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร 5.สีหน้ามารดาและสามีมีความวิตกกังวล

7 Aspect of Care	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	8. สีหน้ามารดาและครอบครัวมีความวิตกกังวล	
	1.รับมารดาเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอดทันที วันที่ 21 เม.ย.2566 เวลา 14.25น. 2.ซักประวัติมารดาโดยใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงแรกรับ 3.ประเมินด้านร่างกายและจิตใจ 4.ปฏิบัติตาม CPG 5.บันทึกข้อมูล 6.รายงานแพทย์	1.รับมารดาเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอดทันที วันที่ 10 มิ.ย. 2566 เวลา 15.57น. 2.ซักประวัติมารดาโดยใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงแรกรับ 3.ประเมินด้านร่างกายและจิตใจ 4.ปฏิบัติตาม CPG 5.บันทึกข้อมูล 6.รายงานแพทย์
	Assessment ทำให้พยาบาลสามารถทราบข้อมูลเบื้องต้น ประวัติการตั้งครรภ์ ได้อย่างถูกต้องครบถ้วน รวดเร็ว ครอบคลุม เพียงพอต่อการนำมาวางแผนการพยาบาล	
2. Symptom Distress Management	CC : 30 นาทีมีเลือดออกทางช่องคลอดขนาดเหรียญ 10ไม่มีเจ็บครรภ์ ไม่มีท้องแข็ง Pain score 0 คะแนน 2Q ปกติ	CC : 2 ชั่วโมงก่อนมาเจ็บครรภ์ ท้องแข็ง ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด Pain score 0 คะแนน 2Q ปกติ
	1. การประเมินความปวด (Pain score) 2.แบบประเมินความเครียด (2Q) รวมถึงการประเมินความเครียดของครอบครัว 3.อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	1. การประเมินความปวด (Pain score) 2.แบบประเมินความเครียด (2Q) รวมถึงการประเมินความเครียดของครอบครัว 3.อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล
	Symptom Distress Management สามารถจัดการกับอาการรบกวนทั้งด้านร่างกายและจิตใจในมารดาทั้ง 2 รายในเบื้องต้นไม่มีความปวด แต่จากการประเมินด้านจิตใจและการพูดคุยทำให้ทราบว่ามารดาทั้ง 2 รายมีความวิตกกังวล กับการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตัวเองขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หลังรายงานแพทย์ มีการรักษารับมารดาทั้ง 2 รายไว้ในโรงพยาบาล	
3. Provision for Patient Safety	รับไว้ในโรงพยาบาล ตรวจ NST U/S PV โดยแพทย์ Lab, ยา	รับไว้ในโรงพยาบาล ตรวจ NST U/S, PVโดยแพทย์ Lab,ยา
	1.CPG Preterm(ตามแนวทางกรมการแพทย์) 2.มาตรฐานการคลอดคุณภาพ - สถานที่ - บุคลากร - เครื่องมือ 3.แนวทางการส่งต่อ	1.CPG Preterm(ตามแนวทางกรมการแพทย์) 2.มาตรฐานการคลอดคุณภาพ - สถานที่ - บุคลากร - เครื่องมือ 3.แนวทางการส่งต่อ

7 Aspect of Care	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	Provision for Patient Safety มารดาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลความปลอดภัย ได้รับมาตรฐานการคลอดคุณภาพ และ หลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล มารดาทั้ง 2 ราย มดลูกมีการหดรัดตัว (NST มี Contraction) โดยในรายที่ 1 มี Contraction 7 ครั้งใน 20 นาที ส่วนมารดารายที่ 2 NST มี Contraction 4 ครั้งใน 20 นาที จึงทำให้มารดาทั้ง 2 รายได้รับการดูแล รักษาได้ทันที	
4. Prevention of Complication	หลัง Admit เวลา20.00น.มารดามีอาการเจ็บครรภ์ มีท้องแข็ง I 3นาที D 15 วินาที NST มี Contraction 7 ครั้งใน 20 นาที	หลัง Admit เวลา14.50น.มารดามีอาการเจ็บครรภ์ มีท้องแข็ง I 5 นาที D 10วินาที NST มี Contraction 4 ครั้งใน 20 นาที
	1. CPG Preterm 2.Standing Preterm 3.มาตรฐานการคลอดคุณภาพ 4.แนวทางการส่งต่อ	1.CPG Preterm 2.Standing Preterm 3.มาตรฐานการคลอดคุณภาพ 4.แนวทางการส่งต่อ
	Prevention of Complication มารดาทั้ง 2 รายได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล ตามมาตรฐานการคลอดคุณภาพ และแนวทางของกรมการแพทย์ ได้รับยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก(nifedipine) และยา Dexamethasone	
5. Continuing of Care	รายงานแพทย์ ดูแลตาม CPG Pretrem Standing order	รายงานแพทย์ ดูแลตาม CPG Pretrem Standing order
	1. CPG Preterm 2.Standing Preterm 3.มาตรฐานการคลอดคุณภาพ 4.แนวทางการส่งต่อ	1.CPG Preterm 2.Standing Preterm 3.มาตรฐานการคลอดคุณภาพ 4.แนวทางการส่งต่อ
	Continuing of Care มารดาได้รับการจัดการให้เกิดการดูแต่อเนื่องในแต่ละราย โดยรายที่1 มีการประสานการดูแลกับแม่ข่ายอย่างเร่งด่วนต้องส่งต่อทันทีหลังจำหน่าย รวมถึงการติดตามการฝากครรภ์ตามนัด การส่งต่อคลินิกครรภ์เสี่ยงโรงพยาบาลสทิงพระ และ ติดตามการฝากครรภ์จนถึงคลอด และ หลังคลอด ส่วนในรายที่ 2 ประสานการส่งต่อในคลินิกครรภ์เสี่ยงของโรงพยาบาลสทิงพระ และติดตามการฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด	
6. Facilitation of Patient & Family Self Care	-ออกแบบการสอนสุขศึกษารายบุคคลโดยใช้รูปแบบ โรงเรียนพ่อ -แม่ 2 พร้อมสอนครอบครัว เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวซักถาม พร้อมช่องทางการขอคำแนะนำเพิ่มเติม และย้ำเรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแก่มารดาและครอบครัว(ตามแนวทางของโครงการฯ) -แนะนำกรุ๊ปไลน์ “เกิดแล้วไม่ทิ้ง@สทิงพระ”	-สอนสุขศึกษารายบุคคล (โรงเรียนพ่อ -แม่ 2) และย้ำเรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แก่มารดาและครอบครัว(ตามแนวทางของโครงการฯ) -แนะนำกรุ๊ปไลน์ “เกิดแล้วไม่ทิ้ง@สทิงพระ” เพื่อเพิ่มเป็นช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่

7 Aspect of Care	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	เพื่อเพิ่มเป็นช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่ -แจ้งมารดาและครอบครัวถึงช่องทางการขอรถฉุกเฉินจาก เทศบาล หรือ 1669 - ส่งข้อมูลต่อในคลินิกครรภ์เสี่ยงโรงพยาบาลสทิงพระ และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ทราบเพื่อติดตามมารดา -สามีแจ้งว่ามีรถยนต์สะดวกในการเดินทาง แต่ถ้ามีอะไรขอมาที่ รพ.สทิงพระก่อน	-แจ้งมารดาและครอบครัวถึงช่องทางการขอรถฉุกเฉินจาก องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่หรือ 1669 -ส่งข้อมูลต่อในคลินิกครรภ์เสี่ยง และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ทราบเพื่อติดตามมารดา
	1.การวางแผนการจำหน่าย D-METHOD 2.การประเมินความรู้/ความเข้าใจ 3.การมาตามนัด 4.การส่งข้อมูลคลินิกครรภ์เสี่ยง / รพ.สต. 5.แนะนำกรุ๊ปไลน์ “เกิดแล้วไม่ทิ้ง@สทิงพระ” 6.แนะนำช่องทางการขอใช้รถฉุกเฉิน 1669	1.การวางแผนการจำหน่าย D-METHOD 2.การประเมินความรู้/ความเข้าใจ 3.การมาตามนัด 4.การส่งข้อมูลคลินิกครรภ์เสี่ยง / รพ.สต. 5.แนะนำกรุ๊ปไลน์ “เกิดแล้วไม่ทิ้ง@สทิงพระ” 6.แนะนำช่องทางการขอใช้รถฉุกเฉิน 1669
	Facilitation of Patient & Family Self Care การสนับสนุนการดูแลสุขภาพของตนเอง / ครอบครัว เพื่อให้มารดาและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตัวเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มารดาทั้ง 2 รายมีข้อจำกัดที่แตกต่างกันและสามารถจัดการกับข้อจำกัดได้ หลังได้รับคำแนะนำ เช่น การขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่นเทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล หรือที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ติดตามการการมาตรวจตามนัด	
7. Enhancement of Patient Satisfaction	จากการเก็บข้อมูลโดยการพูดคุย และแบบสอบถามความพึงพอใจจากมารดา /และผู้รับบริการพบว่า อัตราความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมากและจากการคำถามในแบบสอบถามความพึงพอใจถึงการแนะนำผู้อื่นพบมารดาและญาติ ตอบว่าแนะนำ	จากการเก็บข้อมูลโดยการพูดคุยและแบบบสอบถามความพึงพอใจจากมารดา/และผู้รับบริการพบว่าอัตราความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก และจากการคำถามในแบบสอบถามความพึงพอใจถึงการแนะนำผู้อื่นพบมารดาและญาติ ตอบว่าแนะนำ
	1.แนะนำตัวผู้ให้บริการ การสร้างสัมพันธภาพการดูแลด้วยท่าทีเป็นมิตร 2.แบบสอบถามความพึงพอใจ	1.แนะนำตัวผู้ให้บริการ การสร้างสัมพันธภาพการดูแลด้วยท่าทีเป็นมิตร 2.แบบสอบถามความพึงพอใจ
	Enhancement of Patient Satisfaction มารดาทั้ง 2 ราย และครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่ มีความพึงพอใจต่องานการพยาบาลผู้คลอด มีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองได้ รับรู้ช่องทางการปรึกษาเมื่อมีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนตลอดการตั้งครรภ์	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	**กรณีศึกษาที่ 2**
ข้อวินิจฉัยพยาบาลระยะก่อนคลอด	**ข้อวินิจฉัยพยาบาลระยะก่อนคลอด**

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1.ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว **ข้อมูลสนับสนุน :** S : “เจ็บท้อง มีท้องแข็งๆ เจ็บถ่วงๆ” O : มารดาหน้านิ่วคิ้วขมวด เอามือจับท้อง มี Contraction Interval 3 นาที Duration 15 วินาที **วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม **กิจกรรมการพยาบาล :** 1. ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย 2.แจ้งผลการตรวจ แนวทางการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัว และพูดคุยให้กาลังใจ สัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล 3.ตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐาน ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 4.สอนการหายใจเพื่อผ่อนคลายอาการเจ็บครรภ์ 5.ประเมิน Pain score ถ้าปวดมากรายงานแพทย์ 7.ดูแลความสุขสบายทั่ว ๆ ไป **การประเมินผล :** วันที่ 21 เม.ย.66 เวลา 23.00น. มารดาไม่เจ็บครรภ์ NST No contraction Pain score 1 คะแนน	1.ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว **ข้อมูลสนับสนุน :** S : “เจ็บพุงจัง มีท้องแข็งๆ” O : มารดาหน้านิ่วคิ้วขมวด เอามือจับท้อง มี Contraction Interval 5 นาที Duration 10 วินาที **วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม **กิจกรรมการพยาบาล :** 1. ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย 2.แจ้งผลการตรวจ แนวทางการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัว และพูดคุยให้กาลังใจ สัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล 3.ตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐาน ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 4.สอนการหายใจเพื่อผ่อนคลายอาการเจ็บครรภ์ 5.ประเมิน Pain score ถ้าปวดมากรายงานแพทย์ 7.ดูแลความสุขสบายทั่ว ๆ ไป **การประเมินผล :** วันที่ 10 มิ.ย.66 เวลา 16.15น. มารดาไม่เจ็บครรภ์ NST No contraction Pain score 0 คะแนน
สรุป : ข้อวินิจฉัยพยาบาลระยะก่อนคลอด 1.ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว **ส่วนที่เหมือนกันคือ** : มารดาทั้ง 2 รายแรกรับมารดาไม่ได้มีการหดรัดตัวของมดลูก แต่หลังจากการประเมินมารดาและครอบครัวอย่างครบถ้วน (Assessment) พบว่ามารดาทั้ง 2 รายเสี่ยงต่อภาวการณ์ที่มดลูกมีการหดรัดตัวได้ รับมารดาทั้ง 2 ไว้ในโรงพยาบาล หลังจากรับไว้ในโรงพยาบาลมารดาทั้ง 2 รายตรวจพบมดลูกมีการหดรัดตัว **ส่วนที่แตกต่างกันคือ** : 1. การรับรู้เรื่องการหดรัดตัวของมดลูก มารดารายที่ 1 ไม่ทราบว่ามดลูกมีการหดรัดตัว รับรู้ว่ามีท้องแข็ง และปวดถ่วงๆ ไม่ทราบว่ามดลูกมีการหดรัดตัวเพราะไม่เคยมีประวัติการเจ็บครรภ์คลอด หรือความรู้เรื่องมดลูกหดรัดตัว ส่วนรายที่ 2 เนื่องจากเคยมีประวัติการคลอดมาแล้วทำให้รู้ว่ามดลูกมีการหดรัดตัว จึงรีบมาโรงพยาบาล 2.อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มารดารายที่ 1 มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีเลือดออกทางช่องคลอดส่วนมารดา รายที่ 2 มาโรงพยาบาลด้วยอาการมดลูกหดรัดตัว	
2. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากออกซิเจนไปยังรกลดลง **ข้อมูลสนับสนุน :** S : “ท้องแข็งจังค่ะ” O : FHS สม่ำเสมอ 136 – 148 ครั้ง/นาที	2.ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากออกซิเจนไปยังรกลดลง **ข้อมูลสนับสนุน :** S : “พุงแข็งๆจังแล้ว” O : FHS ไม่สม่ำเสมอ 142 – 170 ครั้ง/นาที

<table>
<tr><th>กรณีศึกษาที่ 1</th><th>กรณีศึกษาที่ 2</th></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์ :
ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน
กิจกรรมการพยาบาล :
1. ฟัง FHS อย่างสม่ำเสมอ
2. ตรวจ NST ซ้ำเวรละครั้ง หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ
3. แนะนำมารดาให้นอนตะแคงซ้ายและหายใจลึกๆไม่กลั้นหายใจเมื่อเจ็บครรภ์

การประเมินผล :
FHS 136 –148 ครั้ง/นาทีสม่ำเสมอ ชัดเจนดี
NST ผล reactive</td><td>วัตถุประสงค์ :
ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน
กิจกรรมการพยาบาล :
1. ฟัง FHS อย่างสม่ำเสมอ
2. ติด NST Monitor
3. แนะนำมารดาให้นอนตะแคงซ้ายและหายใจลึกๆไม่กลั้นหายใจเมื่อเจ็บครรภ์
4.ดูแลให้ได้ O2 Canular 3 LPM
การประเมินผล :
FHS 136 –152 ครั้ง/นาทีสม่ำเสมอ ชัดเจนดี
NST ผล reactive</td></tr>
<tr><td colspan="2">2.ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากออกซิเจนไปยังรกลดลง
ส่วนที่เหมือนกันคือ : ทั้ง 2 รายมดลูกมีการหดรัดตัว
ส่วนที่แตกต่างกันคือ : ในรายที่ 2 พบมีความผิดปกติของอัตราเสียงหัวใจทารก FHS 170 ครั้ง/นาที จึงต้องรับการรักษาเพิ่มคือดูแลให้มารดาได้รับออกซิเจน</td></tr>
<tr><td>3. .มารดาและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับกับการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์
ข้อมูลสนับสนุน :
S : “มีเลือดออกด้วยเรากลัวจัง กลัวแท้งเหมือนท้องก่อนๆ”
O : มารดานิ่วหน้าขมวดคิ้ว ถามซ้ำๆ กลัวแท้ง
: มีประวัติ 30 นาทีก่อนมามีเลือดออกทางช่องคลอดขนาดเท่าเหรียญ 10

วัตถุประสงค์ :
เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์
กิจกรรมการพยาบาล :
1. ช่วยเหลือมารดาตามความต้องการ
2. สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุย ซักถามและให้ข้อมูลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร
3.แจ้งให้มารดาใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตุ สีปริมาณเลือดที่ออกและแจ้งพยาบาลทราบเมื่อพบมีเลือดออก
4.ดูแลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และรับรู้ถึงปัญหาเพื่อหาทางแก้ไขร่วมกัน
5.สอนแนะนำมารดาและครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด</td><td>3. .มารดาและสามีมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับกับการตั้งครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด
ข้อมูลสนับสนุน :
S : “พุงแข็งจัง เหมือนตอนจะเกิดคนก่อนเลย”
O : มารดานิ่วหน้าขมวดคิ้ว มือกุมท้อง

วัตถุประสงค์ :
เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
กิจกรรมการพยาบาล :
1. ช่วยเหลือมารดาตามความต้องการ
2. สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุย ซักถามและให้ข้อมูลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร
3.แจ้งมารดาก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งเพื่อให้มารดาเข้าใจและคลายความวิตกกังวล
4.ดูแลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และรับรู้ถึงปัญหาเพื่อหาทางแก้ไขร่วมกัน
5.สอนแนะนำมารดา และครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด</td></tr>
</table>

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
6.แนะนำช่องทางการช่วยเหลือกรณีต้องการรถฉุกเฉิน (รถของเทศบาลหรือบริการ 1669) 7. แนะนำการส่งตัวเพื่อรับการรักษาต่อโรงพยาบาลสงขลา 8. แนะนำการติดตามในระหว่างตั้งครรภ์ 9. ประสานคลินิกครรภ์เสี่ยง 10. ประสานพื้นที่ เพื่อติดตามมารดา **การประเมินผล :** - มารดาและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง สีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส -สามารถตอบได้ว่าเมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือมีปัญหาจากการตั้งครรภ์ จะปฏิบัติตนอย่างไร -ทราบว่า วันที่ 25 เม.ย.66 ต้องไปโรงพยาบาลสงขลาตามนัด และต้องรับการดูแลตลอดการตั้งครรภ์จาก โรงพยาบาลสงขลาเนื่องจากเป็นครรภ์เสี่ยงสูง **การติดตามมารดาและทารก หลังคลอด :** จากการติดตามเคสพบว่าเคสนี้สามารถตั้งครรภ์ และดูแลในคลินิกครรภ์เสี่ยงจนครบกำหนดคลอด และคลอดโดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เมื่อวันที่ 10 ก.ค. 66 เป็นทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,554 กรัม หลังคลอดปกติดี แข็งแรงทั้งแม่ และลูก	6.แนะนำช่องทางการช่วยเหลือกรณีต้องการรถฉุกเฉิน (รถขององค์การบริหารส่วนตำบลหรือบริการ 1669) 7. แนะนำการส่งตัวเพื่อรับการรักษาต่อ 8. แนะนำการติดตามในระหว่างตั้งครรภ์ 9. ประสานคลินิกครรภ์เสี่ยง 10. ประสานพื้นที่ เพื่อติดตามมารดา **การประเมินผล :** - มารดาและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง - สีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส -สามารถตอบได้ว่าเมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือมีปัญหาจากการตั้งครรภ์ จะปฏิบัติตนอย่างไร - ทราบว่า วันที่ 22 มิ.ย.66 มีนัด ANC และตรวจ NST ก่อนพบแพทย์ **การติดตามมารดาและทารก หลังคลอด :** จากการติดตามเคสพบว่าเคสนี้สามารถตั้งครรภ์ และดูแลในคลินิกครรภ์เสี่ยงจนครบกำหนดคลอด และคลอดปกติ วันที่30 มิถุนายน 2566 เป็นทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,590 กรัม หลังคลอดปกติดี แข็งแรงทั้งแม่ และลูก และมารดาได้รับการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรก่อนกลับบ้าน

3.มารดาและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับกับการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์

ส่วนที่เหมือนกันคือ : มารดา และครอบครัวทั้ง 2 รายมีความวิตกกังวล

ส่วนที่แตกต่างกันคือ :

1.สาเหตุของความวิตกกังวลต่างกัน โดย รายแรก มารดาและครอบครัวมีความคาดหวังสูง เนื่องจากเป็นการตั้งครรภ์ที่ 4 แท้ง 3 ครั้ง ยังไม่เคยมีบุตร ส่วนรายที่ 2 วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด

2.ประวัตการตั้งครรภ์ รายแรกเป็นมารดาครรภ์ที่ 4 แท้งเอง 3 ครั้งเคยขูดมดลูก 1 ครั้ง ส่วนรายที่ 2 เป็นมารดาครรภ์ที่ 2 เคยมีประวิติแท้งคุกคามเมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์

3.อายุ รายแรกมารดาอายุ 41 ปี ส่วนรายที่ 2 อายุ 19 ปี

4. อาชีพ รายแรกมารดามีอาชีพค้าขายยืนขายของวันละประมาณ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน และยังขับรถมอเตอร์ไซด์เอง ส่วนรายที่ 2 อาชีพแม่บ้าน

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบการรักษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
21 เมษายน 2566 เวลา 20.45น. **การรักษาที่ได้รับ** 1.Dexamethasone 6 มิลลิกรัม IM q 12 ชั่วโมง X 4 dose 2.Nifedipine 20 มิลลิกรัม oral stat then 20 มิลลิกรัม oral q 30 min up to 2 dose then 20 มิลลิกรัม oral q 6 ชั่วโมง X 4 dose **ยากลับบ้าน** 1.Triferdine 1X1 oral ก่อนนอน 2.Ferrous Fumarate 1X2 oral pc. (เที่ยง,ก่อนนอน) 3.Calcium carbonate 1X2 oral pc. (เช้า,เย็น)	**10 มิถุนายน 2566 เวลา 15.55น.** **การรักษาที่ได้รับ** 1.Dexamethasone 6 มิลลิกรัม IM q 12 ชั่วโมง X 4 dose **ยากลับบ้าน** 1.Triferdine 1X1 oral ก่อนนอน. 2.Ferrous Fumarate 1 oral pc. (เที่ยง) 3.Calcium carbonate 1X2 oral pc. (เช้า,เย็น)
ส่วนที่เหมือนกัน มารดาทั้ง 2 รายได้รับยา ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) เพื่อกระตุ้น lung maturity Dexamethasone 6 มิลลิกรัม IM q 12 ชั่วโมง X 4 dose **ส่วนที่ต่างกัน** มารดารายที่1 ได้รับยายับยั้งการหดรัดรัดตัวของมดลูก เนื่องจากพบการหดรัดรัดตัวของมดลูกถี่ 7 ครั้ง ใน 20 นาที Nifedipine 20 มิลลิกรัม oral stat then 20 มิลลิกรัม oral q 30 min up to 2 dose then 20 มิลลิกรัม oral q 6 ชั่วโมง X 4 dose ส่วนในรายที่ 2 ความแรงของการหดรัดตัวน้อย และห่างกว่า 4 ครั้ง ใน 20 นาทีซึ่งตามแนวปฏิบัติไม่ต้องรับยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก ในส่วนของยากลับบ้าน มีความต่างกันที่ ยาบำรุงเลือด Ferrous Fumarate มารดารายที่ 1 ได้รับเพิ่มอีก 1 dose เนื่องจากความเข้มข้นเลือดHematocrit Lab 1 เท่ากับ34.1% และครั้งนี้ Hematocrit ได้ 30.5%	

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 21 เมษายน 2566 CBC : Hematocrit 30.5%, Hb 10.3, MCV 84.0 fL, MCH 28.4pg, MCHC 33.8 g/dl, WBC 7,620 cells/mm. ,PLT 249,000/mm3,Neu 74.6%, Lymp. 17.6%, Mon 6.4%, Eos 1.3%, Bas 0.1%	**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ** วันที่ 10 มิถุนายน 2566 CBC : Hematocrit 40.1%, Hb 13.1, MCV 87.9 fL, MCH 28.7pg, MCHC 32.7 g/dl, WBC 11,280 cells/mm. ,PLT 177,000/mm3,Neu 67.9%, Lymp. 19.9%, Mon 9.9%, Eos 2.0%, Bas 0.3%
วันที่ 21 เมษายน 2566 Urine Analysis Blood +3, Sp.gr 1.015, Protein Negative, Sugar Negative, WBC 0-1, RBC 3-5, Squa epith. 0-1, PH 7.5	วันที่ 10 มิถุนายน 2566 Urine Analysis Blood Negative, Sp.gr 1.010, Protein Negative, Sugar Negative, WBC 0-1, RBC 0-1, Squa. epith.0-1, PH 7.0
การแปลผล: พบมารดารายที่ 1 มีภาวะซีด และพบมีเลือดเนื่องจากภาวะรกเกาะต่ำออกปนในน้ำปัสสาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะก่อนคลอด และภาวะซีดในระหว่างตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์	

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากการศึกษาพบว่าการดูแลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด รวมถึงการติดตามดูแลมารดาตลอดการตั้งครรภ์ และยังดูแลรวมถึงหลังคลอด ดังนั้นจึงควร ส่งเสริมทักษะต่างๆ และการประสานความร่วมมือของเครือข่ายในการดูแลมารดาและครอบครัวดังนี้

1. บทบาทของพยาบาลที่ประจำงานการพยาบาลผู้คลอด ควรมีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาลทั้งแก่มารดา และครอบครัว ที่ครอบคลุมทักษะการให้คำปรึกษา และควรมีการใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) ในการดูแล เพื่อให้มารดาได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ตามมาตรฐานการคลอดคุณภาพ (กรมการแพทย์,2558)[12] และครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล รวมถึงการประสานงานในชุมชน

2. ผู้คลอดควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงระดับทุติยภูมิ รวมถึงถึงชุมชนและหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องเช่นองค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล โดยมีการส่งต่อข้อมูลและการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังกล่าว

3. หน่วยงานควรมีแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลรักษามารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีการประชุมทบทวนความรู้ทางวิชาการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมถึงการฝึกปฏิบัติหรือการซ้อมแผนในการพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆอย่างสม่ำเสมอ

4. โรงพยาบาลควรมีการติดตามการดูแล การรักษาพยาบาลผู้คลอด กำหนดตัวชี้วัดและให้ทีมรายงานความก้าวหน้าและอุปสรรคในการดูแลผู้รับบริการคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทยฉบับ พ.ศ. 2566; 2566.
2. กองสาธารณสุขท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. คู่มือการปฏิบัติตามโครงสร้างสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด. 2565.
3. กัลยา มณีโชติ และนิจ์สากร นังคลา. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารกองการพยาบาล 2560; 44(2): 7-25.
4. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, พรจิต จันโทภาส, ศิตรา มยูขโชติ, บุญสืบ โสโสม และฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง. รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564; 36(3): 503-511.
5. วรรณทนีย์ ลีฬหาพงศธร และพรทิพย์ จันทาทิพย์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในห้องคลอด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วรสารกองการพยาบาล. 2559; 43(พิเศษ): 46-62.
6. นวรัตน์ ไวชมภูและอาภรณ์ คงช่วย. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณะสุขภาคใต้. 2558; 2(3): 114-28.

7. ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, อัมพร คงจีระ, ราตรี ศิริสมบูรณ์, กาญจนา พิมล และอัมพัน เฉลิมโชคเจริญกิจ. การสนับสนุนทางสังคม ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารสภาการพยาบาล. 2550; 22(1): 60-71.
8. รุ้งตวรรณ์ ซ้อยจอหอ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, เอมพร รตินธร และเอกชัย โควาวิสารัช. ผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อการจัดการเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การกลับมารักษาซ้ำและอายุครรภ์เมื่อคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. Jounal Nurse Science 2552; 27(2): 39-48.
9. อัสมะ จารู, วรางคณา ชัชเวชและสุรีย์พร กฤษเจริญ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2562; 39(1): 79 – 92.
10.สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข. การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลผู้คลอด. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพานิชย์(กรุงเทพ); 2554.
11.คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพพ.ศ.2565 –2567. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. 2566.
12.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน. 2558.