

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดตั้งแต่ช่วงอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ (Amon, 2000; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2001) ถึงก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (World Health Organization [WHO] cited in Cunningham et al., 2001) ซึ่งมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั้งในและต่างประเทศ (วิทยา คิริพันธ์ และวิบูลพรรณ ฐิตติลล, 2544; Stright, 2001) จากผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1996 โดยการเลือกกลุ่มสตรีมีครรภ์จากหลายเชื้อชาติ 20 ประเทศทั่วโลก พบว่าประเทศไทยมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 21.3 สูงเป็นอันดับ 6 ของกลุ่มประเทศที่สำรวจ (Kelly, Kevany, Onis, & Shah, 1996) นอกจากนี้การคลอดก่อนกำหนดยังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุที่บ่งบอกของการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยและการตายปริกำเนิด (perinatal mortality) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสถานะสุขภาพของประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ดังสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2001 มีอัตราตายปริกำเนิดทั่วโลก 6.8 ล้านคน ส่วนใหญ่เกิดจาก การคลอดก่อนกำหนดและเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 2003) ในปี พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2544 ประเทศไทยมีอัตราตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้นจาก 9.8 เป็น 10.19 ต่อ 1,000 ของการเกิดทั้งหมด (ส่วนอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544) การคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเพียงร้อยละ 8-10 ของการคลอดทั้งหมด แต่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการตายปริกำเนิด เมื่อไม่นับสาเหตุการตายจากความพิการของทารก (Colombo & Iams, 2000) และเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิด เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบาก การติดเชื้อ เป็นต้น รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอื่นๆ เช่น ภาวะเลือดออกในท้องสมอง จอตาเสีย ถ้าได้เกิดเนื้อตาย เป็นต้น (Gilbert & Harmon, 1998) นำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการทางร่างกายหรือสมอง ทำให้ครอบครัวและสังคมต้องเพิ่มภาระความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู และจัดการศึกษาพิเศษอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (Gillbert, Nesbitt, & Danielsen, 2003)

นอกจากนี้การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานของสตรีมีครรภ์ (Julie et al., 2002) โดยเฉพาะในกรณีที่น่าเกิน

2 สัปดาห์ขึ้นไปอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและพยาธิสภาพจากการไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เช่น น้ำหนักลด ภาวะก้อนเลือดอุดตันในเส้นเลือดดำ กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง เป็นต้น (Maloni & Kutil, 2000; Shellhaas & Iams, 2002) และยังทำให้ประเทศชาติสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจำนวนมาก ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีค่าใช้จ่ายเฉพาะกรณีนี้มากกว่า 820 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี (Nicholson, Frick, & Powe, 2000) จากปัญหาและผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนดดังกล่าวข้างต้น ประเทศไทยจึงมีนโยบายที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพื่อลดอัตราการตายปริกำเนิดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย อันเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ (วิฑูร โอสถานนท์ และกำแพง จาตุรจินดา, 2541; WHO, 2003) นอกจากนี้ยังช่วยลดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีมีครรภ์และทารกดีขึ้น (Fuchs, Fuchs, & Stubblefield, 1993) โดยให้ความสำคัญกับสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด เพื่อสามารถให้การป้องกันและลดผลกระทบด้านต่างๆ ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายที่เสียไปได้ (Shellhaas & Iams, 2002)

สาเหตุที่แท้จริงของการคลอดก่อนกำหนดยังไม่ทราบแน่ชัด (Cunningham et al., 2001; Wheller, 1994) ส่วนใหญ่สันนิษฐานจากปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งปัจจัยเสี่ยงเป็น 3 กลุ่ม คือ ลักษณะประชากร ประวัติทางสูติกรรมและการเจริญพันธุ์ และสภาพการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (ACOG, 2001; Creasy, Gummer & Liggins, 1980; Kliegman, Rottman, & Behrman, 1990; Wheller, 1994) ในกลุ่มปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับลักษณะประชากร เช่น เชื้อชาติ อายุ ฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ เป็นต้น กลุ่มปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับประวัติทางสูติกรรมและการเจริญพันธุ์ เช่น มีประวัติการแท้งหรือการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงทั้งสองกลุ่มเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ แต่สามารถคัดกรองและเฝ้าระวังได้ (Colombo & Iams, 2000) สำหรับกลุ่มปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับสภาพการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เช่น พฤติกรรมการดำเนินชีวิต ปัญหาสุขภาพและการเจริญพันธุ์ เป็นต้น บางปัจจัยเสี่ยงสามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะโภชนาการ โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น บางปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนได้ แต่สามารถให้การดูแลรักษาหรือส่งต่อ ตลอดจนใช้การดูแลทางสูติศาสตร์ควบคุมไม่ให้เกิดอาการรุนแรงมากขึ้นได้ เช่น ครรภ์แฝด รกเกาะต่ำ เป็นต้น (Colombo & Iams, 2000) การคัดกรองเฝ้าระวัง และปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะสามารถป้องกันและลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้ดีกว่าเน้นที่การดูแลรักษาเพียงอย่างเดียวได้ (Cunningham et al., 2001; Gilbert & Harmon, 1998; Murphy, 1993; Wheller, 1994) การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) และการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) (Murphy, 1993)

การป้องกันระดับปฐมภูมิของการคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การปฏิบัติในขณะที่มาใช้บริการฝากครรภ์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้ความสำคัญกับการคัดกรองหรือส่งเสริมให้สตรีมีครรภ์ปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเจ็บครรภ์เพื่อให้การยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ทันทั่วทั้งที่ (Murphy, 1993; Shellaas & Iams 2002) โดยส่วนใหญ่เป็นการจัดโปรแกรมการป้องกันแบบผสมผสาน เช่น การสอนอาการและอาการแสดงของการคลอดก่อนกำหนด การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (Murphy, 1993)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมในประเทศสหรัฐอเมริกามีกลยุทธ์และเทคโนโลยีใหม่ๆ ทางด้านสูติศาสตร์ในการป้องกันระดับปฐมภูมิของการคลอดก่อนกำหนด โดยเน้นการคัดกรองเฉพาะโรค เช่น การคัดกรองการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด เป็นต้น พบว่าในระยะแรกการใช้โปรแกรมนั้นให้ผลไม่สม่ำเสมอและไม่ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (Murphy, 1993) แตกต่างกับโปรแกรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในประเทศฝรั่งเศสที่เน้นการประเมินปัจจัยเสี่ยงทั้งทางด้านสูติกรรม ด้านอายุครรภ์ และด้านสังคม ร่วมกับการสอนอาการและอาการแสดงของการคลอดก่อนกำหนด (Moizeau, 2003) ในระยะหลังสถาบันด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาได้นำวิธีการเหล่านี้ไปใช้ โดยจัดเป็นโปรแกรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดร่วมกับใช้วิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมากขึ้น เช่น การให้การปรึกษาด้านโภชนาการหรือสารเสพติด เป็นต้น เนื่องจากมีผลการวิจัยยืนยันถึงประสิทธิภาพในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (ACOG, 2001; The U. S. Department of Health and Human Service [HHS], 2001)

ในประเทศไทยการป้องกันระดับปฐมภูมิของการคลอดก่อนกำหนด พบว่ากิจกรรมในบริการฝากครรภ์ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่กระทำโดยพยาบาลและผดุงครรภ์ แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านการคัดกรอง เช่น การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เป็นต้น ส่วนกิจกรรมของพยาบาลในการบริการฝากครรภ์ เช่น การสอนและให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การจัดกิจกรรมลดการสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะว่ากิจกรรมบริการฝากครรภ์ควรมีวิธีการที่หลากหลายขึ้น เนื่องจากพบว่าการฝากครรภ์สามารถลดการเกิดทารกน้ำหนักน้อยและการคลอดก่อนกำหนด โดยทำการศึกษาในกลุ่มสตรีมีครรภ์ 600 ราย ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่าการมาใช้บริการฝากครรภ์ดี คือ มีการมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์

24 สัปดาห์ และมาฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้ง ขึ้นไป กลุ่มนี้มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดและอัตราการเกิดทารกน้ำหนักน้อยกว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์ไม่ถี่ (วิสุทธิ์ สุวิทยะศิริ, มานิต ศรีประโมทย์ และปราโมทย์ เจริญรัตน์, 2546)

สำหรับการป้องกันระดับทุติยภูมิของการคลอดก่อนกำหนด หมายถึงการปฏิบัติเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีโอกาสการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหดตัวของมดลูกและการเปิดของปากมดลูกเพิ่มขึ้น เช่น การนอนพัก การให้ยายับยั้งการคลอด การป้องกันการขาดน้ำ การรักษาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น (Murphy, 1993; Shellaas & Iams 2002) จากการวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการใช้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก พบว่ายาให้ผลยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ไม่เกิน 48 ชั่วโมง (Canadian Preterm Labor Group cited in Cunningham et al., 2001) และบางการศึกษาพบว่าไม่มีข้อมูลชัดเจนถึงประสิทธิผลของยาในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด (Crowther & Moore, 2003; Nanda, Cook, & Grimes, 2003) ส่วนวิธีการให้นอนพักในโรงพยาบาลโดยเฉพาะกรณีที่นอนพักนานเกิน 2 สัปดาห์ขึ้นไป ถึงแม้จะยืดระยะเวลาการคลอดก่อนกำหนดได้ แต่เพิ่มภาวะแทรกซ้อนแก่สตรีมีครรภ์และยังเป็นสาเหตุส่งเสริมทำให้ทารกในครรภ์น้ำหนักน้อย (Goldenberg & Rouse, 1998; Maloni, 1993) นอกจากนี้การป้องกันระดับทุติยภูมิของการคลอดก่อนกำหนด ยังรวมถึงวิธีการพยาบาลเช่น การผ่อนคลาย การให้ข้อมูล เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดแล้ว ยังสามารถใช้ร่วมกับการใช้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกในการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ ปรับปรุงผลลัพธ์การตั้งครรภ์ และลดความเครียดหรือความวิตกกังวลในสตรีมีครรภ์ (Cohen & Wuerker, 2002; Janke, 1999; Omer, Friedlander, & Palti, 1986) จึงมีการเสนอแนะว่าควรมีวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพื่อให้ได้ผลในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดตลอดระยะตั้งครรภ์ และเป็นการดูแลต่อเนื่องทำให้สามารถติดตามและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดได้ (Fuchs et al., 1993; Murphy, 1993)

จากความสำคัญของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้สืบค้นรายงานการวิจัยในเบื้องต้น และพบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ มีจำนวน 19 เรื่อง เป็นงานวิจัยศึกษาในประเทศไทยจำนวน 1 เรื่อง จากที่สืบค้นเบื้องต้นพบวิธีการพยาบาลหลายวิธี เช่น การผ่อนคลาย การติดตามเชื่อมโยงทางโทรศัพท์ เป็นต้น โดยมีการประเมินผลลัพธ์เป็นอัตราการคลอดก่อนกำหนด (preterm birth rate [PTB rate]) อัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor rate [PTL rate]) อัตราการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ (rate of pregnancy prolongation [RPP]) จากผล

การวิจัยทั้งหมดดังกล่าว ผู้วิจัยพบว่าเป็นการยากที่จะสรุปผลรายงานการวิจัยเหล่านั้นให้ชัดเจนเพียงพอที่จะนำไปสู่การสร้างแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากรายงานการวิจัยเหล่านั้นแม้จะศึกษาปัญหาเดียวกัน แต่ก็มี ความแตกต่างกันในด้านวิธีการพยาบาล การวัดผลลัพธ์ สถานที่ในการศึกษา ดังนั้นการสรุปผลรายงานการวิจัยเหล่านั้นโดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบน่าจะทำให้ได้ข้อสรุปสาระความรู้นำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไปได้ (Cook, Mulrow & Haynes, 1997) และจากภาพรวมของรายงานการวิจัยที่สืบค้นในช่วงปี พ.ศ. 2528 ถึงปี พ.ศ. 2546 ผู้วิจัยพบการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการทางโภชนาการเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Villar, Metin, & Mercedes, 1998) และการวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการสอนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Heuston, Knox, Eilers, Pauwels, & Lonsdorf, 1995) ซึ่งเป็นการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาโดยผู้ปฏิบัติที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพหลายวิชาชีพ แต่ยังไม่พบการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบในครั้งนี้

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) เป็นวิธีการสรุปหลักฐานความรู้จากงานวิจัยที่มีอยู่แล้วโดยใช้วิธีการที่เปิดเผย เป็นระบบ และมีอคติน้อยที่สุด (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของสถาบันคอเครนคอลลาโบเรชัน (Cochrane Collaboration) ซึ่งเป็นสถาบันที่ดำเนินการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่ได้รับความเชื่อถือ (สมเกียรติ โภชิสต์, รัตนา พันธุ์พานิช, และ โยชิ ทงเป็นใหญ่, 2545) มีขั้นตอนได้แก่ การกำหนดคำถาม วัดดูประสงค์ และขอบเขตของการทบทวน การกำหนดคุณสมบัติหรือเกณฑ์สำหรับเลือกและสืบค้นงานวิจัย การวิเคราะห์และสรุปผลการทบทวน (Clarke & Oxman, 2003) ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยที่มีค่าสถิติเพียงพอจะใช้วิธีการคำนวณทางสถิติเรียกว่า การวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งของการวิเคราะห์เพื่อทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ผลการวิเคราะห์เมตาสามารถให้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือจากหลายๆ งานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน ส่วนข้อมูลจากรายงานการวิจัยที่มีค่าสถิติไม่เพียงพอจะใช้การสรุปเชิงพรรณนาให้เห็นภาพรวมของสาระความรู้ (Cook et al., 1997) สุดท้ายในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจะได้หลักฐานข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2001) และนำไปพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติงานโดยใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (evidence-based clinical practice guideline) เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาและควบคุมคุณภาพของ

สถานบริการด้านสุขภาพในปัจจุบัน (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

การป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของการคลอดก่อนกำหนดที่มีประสิทธิภาพ บทบาทของพยาบาลนับว่ามีความสำคัญในกลยุทธ์ดังกล่าว เนื่องจากสามารถเข้าถึงกลุ่มสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้มากกว่าบุคลากรสาขาอื่นๆ การพัฒนารูปแบบวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยใช้ระเบียบวิธีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ซึ่งจากข้อสรุปเชิงสถิติของการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจะทำให้เห็นภาพรวมของสาระความรู้ ตลอดจนช่องว่างหรือ ข้อจำกัดของความรู้ที่เป็นประโยชน์ทั้งในด้านการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลและในด้านการทำวิจัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในประเด็นต่อไปนี้

1. วิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
2. ประสิทธิภาพของวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

คำถามการวิจัย

1. วิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีวิธีการใดบ้าง แต่ละวิธีการเป็นอย่างไร
2. ประสิทธิภาพของวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากรายงานการวิจัยปฐมภูมิ (primary research) เชิงทดลองทุกรูปแบบ ที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยคัดเลือกรายงานการวิจัยที่ทำการศึกษาในประเทศไทยทั้งที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์

เผยแพร่ และรายงานการวิจัยในต่างประเทศที่ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2528 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2547

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ จนถึงก่อนครบอายุครรภ์ 37 สัปดาห์

วิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การกระทำใดๆ ของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ การป้องกันระดับปฐมภูมิของการคลอดก่อนกำหนด หมายถึง วิธีการพยาบาลในขณะที่รับบริการฝากครรภ์เพื่อคัดกรองหรือปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มสตรีมีครรภ์โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการป้องกันระดับทุติยภูมิของการคลอดก่อนกำหนด หมายถึง วิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหดตัวของมดลูกและมีการเปิดของปากมดลูกเพิ่มขึ้น

ประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หมายถึง ผลลัพธ์จากการตั้งครรภ์ภายหลังได้รับการพยาบาลเพื่อการป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของการคลอดก่อนกำหนด โดยมีการประเมินผลลัพธ์ในด้านอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อัตราการคลอดก่อนกำหนด หรืออัตราการยี่ดระยะเวลาการตั้งครรภ์