

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความ ตำรา และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่อไปนี้

1. การคลอดก่อนกำหนด
2. การพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
3. แนวคิดการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ

การคลอดก่อนกำหนด

สตรีมีครรภ์ทุกคนย่อมต้องการและคาดหวังให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปจนครบกำหนด คลอด ในปัจจุบันพบว่า การคลอดก่อนกำหนดมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง อีกทั้งเป็นภาวะเสี่ยงสูงทางสูติศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ในหลายด้าน (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และชนนทร์ วนาภิรักษ์, 2537) โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งเสริมให้เกิดการ คลอดก่อนกำหนด ซึ่ง ทำให้การประเมินและคัดกรองปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการปรับเปลี่ยนปัจจัย เหล่านี้มีส่วนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้

ความหมายและอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด

ตลอดระยะเวลา 40 ปี ที่ผ่านมามีการคลอดก่อนกำหนดมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นและเป็นปัญหา ที่พบบ่อยในทุกประเทศ (Gilbert & Harmon, 1998) จากสถิติของสหรัฐอเมริกาพบว่าอุบัติการณ์ ของการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นตลอด 15 ปี (Goldenberg & Rouse, 1998) ในปี ค.ศ. 1981 พบ ร้อยละ 9.9 ในปี ค.ศ. 1997 พบร้อยละ 11.4 และในปี ค.ศ. 2003 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12 (ACOG, 2003) ในประเทศแคนาดาอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปี ค.ศ. 1981 พบร้อยละ 6.3 เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.8 ในปี ค.ศ. 1992 (Cunningham et al., 2001) จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1996

พบว่าประเทศไทยมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 21.3 สูงเป็นอันดับ 6 ของกลุ่มประเทศที่สำรวจ 20 ประเทศ (Kelly et al., 1996)

ในอดีตมีผู้ให้คำจำกัดความของการคลอดก่อนกำหนดต่างกันออกไป เนื่องจากไม่สามารถประเมินอายุครรภ์และความสมบูรณ์ของทารกได้อย่างชัดเจน (Amon, 2000) ระยะเวลาให้คำจำกัดความตามน้ำหนักหรือตามความสมบูรณ์ของทารกที่คลอดออกมา ในปี ค.ศ. 1903 เริ่มปรากฏคำว่า การคลอดก่อนกำหนด (premature birth) ในเอกสารเป็นครั้งแรก โดยหมายถึงการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม ในปี ค.ศ.1935 ได้เปลี่ยนความหมายเป็นการคลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Shellhaas & Iams, 2002) หลังจากนั้นมีการใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงที่สามารถคาดคะเนอายุครรภ์ที่เชื่อถือได้โดยมีความคลาดเคลื่อนเพียง 1-2 สัปดาห์ (Colombo & Iams, 2000) ในรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีการให้คำจำกัดความของการคลอดก่อนกำหนดที่แตกต่างกันออกไป เช่น เป็นการคลอดตั้งแต่ อายุครรภ์ 20 ถึงก่อน 37 สัปดาห์ (Hobel et al., 1993) การคลอดตั้งแต่ อายุครรภ์ 20 ถึง 36 สัปดาห์ (Spencer, Thomas & Morris, 1991) การคลอดตั้งแต่ ก่อน 37 สัปดาห์ (Collaborative Group on Preterm Birth Prevention, 1993) เป็นต้น โดยสรุปการคลอดก่อนกำหนดหมายถึง การคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ หรือการคลอดก่อน 259 วัน นับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (WHO cited in Cunningham et al., 2001) และเป็นการคลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ จนถึงก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (ACOG, 1995; Amon, 2000) หรือในกรณีไม่ทราบอายุครรภ์ใช้เกณฑ์ทารกแรกเกิดน้ำหนัก 500 กรัมขึ้นไป (Shellhaas & Iams, 2002)

การคลอดก่อนกำหนดแบ่งได้จากทั้งอายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิด การแบ่งกลุ่มตามอายุครรภ์แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 อายุครรภ์ระหว่าง 26-28 สัปดาห์ (extremely preterm delivery) กลุ่มที่ 2 อายุครรภ์ตั้งแต่มากกว่า 28-32 สัปดาห์ (very preterm delivery) กลุ่มที่ 3 อายุครรภ์ตั้งแต่มากกว่า 32-36 สัปดาห์ (midly preterm delivery) สำหรับการคลอดที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 20 สัปดาห์ถือว่าเป็นการแท้ง (abortion) (Amon, 2000) แบ่งกลุ่มตามน้ำหนักได้ดังนี้ กลุ่มที่ 1 มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (low birth weight) กลุ่มที่ 2 มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม (very low birth weight) และกลุ่มที่ 3 มี น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม (extremely low birth weight) (Cunningham et al., 2001)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด

การคลอดก่อนกำหนดในปัจจุบันแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรก เป็นการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous preterm birth) เกิดขึ้นร้อยละ 75 ของการคลอดก่อนกำหนดทั้งหมด และเกิดขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด (Shellhaas & Iams , 2002) และที่เหลือเป็นการคลอดก่อนกำหนดที่มีข้อบ่งชี้ (indicated preterm birth) เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ และทำให้ต้องชักนำการคลอด เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (pre-eclampsia) ทารกขาดออกซิเจน (fetal distress) รกลอกตัวก่อนกำหนด (placenta abruption) ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์หรือตายในครรภ์ เป็นต้น (Meis et al., 1995a; Meis et al., 1995b) ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดให้ความสำคัญกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มแรกซึ่งพบได้เป็นส่วนใหญ่ โดยเน้นที่ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Shellhaas & Iams , 2002)

การดูแลสตรีมีครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดในอดีตเน้นที่การรักษา ในต้นศตวรรษที่ 20 เริ่มเน้นถึงความสำคัญของการหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Amon, 2000) ในปี ค.ศ. 1976 เฟดเดอริกและแอนเดอร์สัน (Federick & Anderson, 1976) ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ อายุของสตรีมีครรภ์ (maternal age) น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ หรือขณะตั้งครรภ์น้อย (low maternal weight) การสูบบุหรี่ (smoking) สถานะทางสังคมระดับล่าง (low social class) การตั้งครรภ์นอกสมรส (illegitimate pregnancy) มีการแท้งคุกคาม (threatened abortion) และมีประวัติเลือดออกก่อนคลอด ทารกตายคลอด หรือคลอดทารกน้ำหนักน้อย หลังจากนั้นมีการศึกษาเชิงระบาดวิทยาอีกหลายงาน ทำให้พบปัจจัยที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้ (ACOG, 2001; Lettieri, Vintzileos, Rodis, Albini, & Salafia, 1993)

ในด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้แบ่งกลุ่มปัจจัยไว้ดังนี้ คลิงแมน และคณะ (Kliegman et al., 1990) ได้แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดและการเกิดทารกน้ำหนักน้อย ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ด้านเศรษฐกิจ ด้านพฤติกรรมและวัฒนธรรมการดำเนินชีวิต ด้านการแพทย์ และด้านการเจริญพันธุ์ วิลเลอร์ (Wheller, 1994) จัดกลุ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็น 3 กลุ่ม คือ ลักษณะประชากร ประวัติการเจริญพันธุ์ และสถานะการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะประชากร เช่น อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส เป็นต้น ปัจจัยเกี่ยวกับประวัติการเจริญพันธุ์ เช่น ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการแท้ง การเว้นช่วงห่างระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นต้น ปัจจัยเกี่ยวกับสถานะการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เช่น ครรภ์แฝด น้ำหนักขณะตั้งครรภ์ การดื่มแอลกอฮอล์ การเดินทางไกล เป็นต้น คริสซีและคณะ (Creasy

et al., 1980) ได้แบ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็น 4 กลุ่มคือ สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ประวัติในอดีต สุขนิสัยประจำวัน และสภาพของการตั้งครรภ์ ปัจจัยเกี่ยวกับสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ จำนวนบุตร เป็นต้น ปัจจัยเกี่ยวกับประวัติในอดีต เช่น ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการแท้ง เป็นต้น ปัจจัยเกี่ยวกับสุขนิสัยประจำวัน เช่น การทำงาน การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียด เป็นต้น ปัจจัยเกี่ยวกับสภาพของการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เช่น น้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น นอกจากนี้สถาบันวิทยาลัยสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาของสหรัฐอเมริกา (ACOG, 2001) ได้สรุปกลุ่มปัจจัยเสี่ยงเป็น 3 กลุ่ม คือ ลักษณะประชากร พฤติกรรมการดำเนินชีวิต และ ประวัติทางสูติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกลุ่มปัจจัยเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีการแบ่งกลุ่มที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้จัดกลุ่มปัจจัยเสี่ยงเป็น 3 กลุ่มโดยให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทุกด้านที่ได้ทบทวนมาดังนี้

1. ลักษณะประชากร (demographic characteristics) (ACOG, 2001; Kliegman et al., 1990; Wheller, 1994) ปัจจัยด้านนี้ไม่ได้เป็นสาเหตุโดยตรงแต่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะในด้าน เชื้อชาติ อายุ และฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ (Meis, et al., 1995a) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็นสองเท่าในกลุ่มสตรีผิวดำ และยังพบว่าสตรีมีครรภ์ผิวดำเชื้อสายแอฟริกันมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าสตรีผิวขาวเชื้อชาติคอเคเซียนหรือชาวเอเชีย (Amon, 2000) เนื่องจากสตรีผิวดำในสหรัฐอเมริกามักจะมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มีความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม มีการศึกษาน้อย สตรีมีครรภ์กลุ่มนี้มักจะทำงานหนัก มีภาวะทางโภชนาการไม่ดี มีความเครียดสูง มีการคิดเชื่อได้ง่าย ไม่เอาใจใส่ในการฝากครรภ์ (Gilbert & Harmon, 1998) ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

นอกจากนี้สตรีมีครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้สูง (Cunningham et al., 2001; Fuchs et al., 1993) สันนิษฐานว่าเกิดจากสตรีที่มีอายุน้อยมักจะเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้แต่งงาน ความเอาใจใส่ในการฝากครรภ์ไม่ดี และส่วนใหญ่มีการคิดเชื่อในช่องคลอด ส่วนสตรีที่อายุมากมักมีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น รวมทั้งมักมีความผิดปกติของมดลูก เช่น มีเนื้องอก (Cunningham et al., 2001) พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์อายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 10.4 และหากสตรีนั้นมีบุตรคนที่ 2 ก่อน อายุ 17 ปี จะยิ่งเพิ่มอัตราการคลอดก่อนกำหนดมากขึ้น ขณะที่สตรีมีครรภ์อายุ 25-29 ปี พบร้อยละ 5.1 ส่วน สตรีมีครรภ์อายุ 45-49 ปี พบร้อยละ 7.1 (Funchs et al., 1993) นอกจากนี้พบว่าสตรีมีครรภ์ที่เรียนไม่จบชั้นมัธยมศึกษา สถานภาพสมรสโสดหรือหย่า

การตั้งครรภ์นอกสมรส มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากขาดการสนับสนุนทางด้านสังคม (Heffner cited in Wheller, 1994)

2. ประวัติด้านสูติกรรมและการเจริญพันธุ์ (obstetrical and reproductive history) (ACOG, 2001; Wheller, 1994) ปัจจัยด้านสูติกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีสตรีมีครรภ์มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด (ACOG, 2001) มีการศึกษาพบว่า สตรีที่คลอดปกติครรภ์แรก ครรภ์ที่สองมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 5 สำหรับสตรีที่ครรภ์แรกมีการคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์ที่สองมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดซ้ำร้อยละ 15 และในครรภ์ที่สามร้อยละ 32 นอกจากนี้สตรีที่คลอดก่อนกำหนดในครรภ์ที่สอง การตั้งครรภ์ครั้งที่สาม จะมีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 24 (Carr-Hill & Hall cited in Cunningham et al., 2001) และการเว้นช่วงห่างระหว่างการตั้งครรภ์ โดยเว้นช่วงห่างน้อยกว่า 1 ปี หรือ เคยมีประวัติปากมดลูกไม่แข็งแรง (incompetent cervix) ประวัติการแท้งทั้งการแท้งเองหรือทำแท้งมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป ปัจจัยเหล่านี้พบที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด (Wheller, 1994)

3. ปัจจัยด้านสภาพการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (current pregnancy) (ACOG, 2001; Creasy et al., 1980; Wheller, 1994) ประกอบด้วยพฤติกรรมการดำเนินชีวิต (behavioral factors) ปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ และการเจริญพันธุ์ของสตรีมีครรภ์

ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต เช่น การได้รับอาหารและน้ำ น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น มีผลต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ (Peacock, Bland, & Anderson, 1995; Shiomo & Gomby, 1993) โดยพบว่าในสตรีมีครรภ์ที่ได้รับการงดน้ำและอาหารสัมพันธ์กับการเกิดการคลอดก่อนกำหนด มีการศึกษาในหนูทดลองที่ตั้งครรภ์พบว่า สารพอสตาแกลนดิน (prostaglandin) เพิ่มขึ้นเมื่อขาดสารอาหารนานมากกว่า 12-30 ชั่วโมง และหลังจากให้หนูอดอาหาร 1 สัปดาห์พบว่าหนูเหล่านั้นมีการคลอดก่อนกำหนด (Silver & Fowden cited in Wheller, 1994) จากผลการศึกษาพบว่า การขาดน้ำทำให้มีการหลั่งสารพอสตาแกลนดินและมดลูกมีการหดตัว แต่ยังไม่มีความรู้พื้นฐานการศึกษาในมนุษย์ อย่างไรก็ตามการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำในสตรีมีครรภ์ที่นอนพักในโรงพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่มีการหดตัวของมดลูกห่างออกไป (Wheller, 1994) นอกจากนี้ สตรีมีครรภ์ที่มีน้ำหนักน้อยก่อนตั้งครรภ์ หรือน้ำหนักเพิ่มน้อยขณะตั้งครรภ์พบว่าการคลอดก่อนกำหนดสูง (Fuchs et al., 1993)

สำหรับด้านการทำงานและการออกกำลังกาย การทำงานที่ต้องออกแรงเป็นเวลานาน ทำให้ร่างกายอ่อนล้า มีผลทำให้ระดับแคทีโคลามีน (catecholamine) ในร่างกายสูง (Shiomo & Gomby, 1993) นอกจากนี้ลักษณะการทำงานที่ต้องยืนหรือเดินนานๆ ทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกถูกกด ทำให้มดลูกได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลงและเกิดการหดตัวตามมา ส่วนการเดิน

การยกของหนัก และการขึ้นลงบันไดมีผลกระตุ้นให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัว (Wheller, 1994) ในปี ค.ศ. 1988 มีการศึกษาเกี่ยวกับการทำงานในระยะตั้งครรภ์ พบว่าสตรีมีครรภ์ที่ทำงานในไตรมาสที่สามโดยเป็นลักษณะงานที่ต้องยืนนานๆ ร่วมกับใช้แรง และชั่วโมงการทำงานยาวนาน จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักน้อยถึงร้อยละ 80 ซึ่งอาจมีสาเหตุร่วมกับความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการทำงาน (Mozurkewich et al., 2000) และมีบางความเห็นเสนอว่า อาจเกิดจากความเครียดจากการทำงานทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Fuchs et al., 1993) รวมทั้งมีข้อมูลจากการศึกษาทางระบาดวิทยาทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศฝรั่งเศสที่สนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานและการคลอดก่อนกำหนด โดยจากการทบทวนรายงานการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลแบบเมตา พบว่าการทำงานหนัก การยืนนานๆ การทำงานเวรผลัด เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 25 (Mozurkewich et al., 2000) นอกจากนี้สถาบันด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพสิ่งแวดล้อมของประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Environmental Health Sciences) มีรายงานถึงการสัมผัส หรือปนเปื้อนที่เป็นอันตรายจากสิ่งแวดล้อมหรือจากการทำงาน เช่น สารเคมีในยาฆ่าศัตรูพืช เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด(Matthew & Longnecker cited in Shellhaas & Iams, 2002) ในด้านการออกกำลังกาย สตรีมีครรภ์สามารถออกกำลังกายได้ไม่เกิน 20 นาที โดยควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจไม่เกิน 140 ครั้ง ต่อนาที (Gilbert & Harmon, 1998)

สำหรับการมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ ทำให้มดลูกมีการหดตัวเนื่องจากสารพอสตาเกลนดินในน้ำอสุจิซึมผ่านผนังช่องคลอดและทำให้เกิดการหดตัวของมดลูกตามมา รวมทั้งสารออกซิโตซินซึ่งหลังจากการกระตุ้นบริเวณปากมดลูกและหัวนม นอกจากนี้การมีเพศสัมพันธ์ยังเป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Fuchs et al., 1993) มีการศึกษาพบว่าหลังจากมีเพศสัมพันธ์ทำให้เกิดการหดตัวของมดลูก แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของการมีเพศสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด และพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ดังนั้นการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในสตรีมีครรภ์ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม (Wheller, 1994)

ภาวะเครียดและความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิต ทำให้สมดุลของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไป มีการหลั่งฮอร์โมนหลังการหลั่งคอร์ติโคทรอปิน (corticotropin-releasing hormone) แคมทีโคลามีนซึ่งจะมีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Copper, 1996; Hobel, 1993; Lexington cited in Cumbie, 1998; Lobel, 2001; Lockwood, 1999) การศึกษาของวัตต์วา (Wadhwa cited in Shellhaas & Iams, 2002) ศึกษาสตรีมีครรภ์ 63 ราย พบว่าปริมาณฮอร์โมนหลังการหลั่งคอร์ติโคทรอปินในเลือดเพิ่มสูงในสตรีมีครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บครรภ์คลอด

ก่อนกำหนด แต่ไม่พบในสตรีมีครรภ์ที่ได้รับแรงกดดันหรือผ่าตัดคลอด นอกจากนี้สตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเครียดและมีการปรับตัวไม่ดีจะทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมด้านอื่นๆ ตามมา (Lobel, 2001)

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดของสตรีมีครรภ์ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการถูกทำร้ายในครอบครัว ที่ในปัจจุบันพบมากขึ้น ส่งผลให้มีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพิ่มสูงขึ้น (Creasy et al., 1980; Gilbert & Harmon, 1998; Wheller, 1994) การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่มีผลต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกมีจำนวนลดลง ทารกได้รับออกซิเจนและอาหารน้อยลง เกิดภาวะการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และเกิดการคลอดก่อนกำหนด (Shiomo & Gomby, 1993) สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีนและเกิดการหดตัวของมดลูก นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีการเลื่อมของรกและมีการกระตุ้นให้มีการสร้างพลอสตาแกลนดินตามมา สตรีมีครรภ์ที่ทั้งสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เพิ่มการคลอดก่อนกำหนด 2-5 เท่า (Heffner cited in Wheller, 1994) การขาดการสนับสนุนทางสังคมจากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต เช่น การเดินทาง การย้ายบ้านหรือไม่มีที่อยู่อาศัย การขาดคู่สมรสหรือเพื่อน เป็นต้น มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากการสร้างความเครียดให้กับสตรีมีครรภ์ (Fuchs et al., 1993)

ในด้านปัญหาสุขภาพและการแพทย์ สตรีมีครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมกับการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เช่น ภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง โรคเบาหวาน การผ่าตัดในช่องท้อง เป็นต้น รวมทั้งโรกระบบหลอดเลือดและหัวใจ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต เป็นต้น (Cunningham et al., 2001) ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมได้เนื่องจากทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณรกไม่เพียงพอ ปริมาณเลือดในร่างกายลดน้อยลงและทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา สำหรับการติดเชื้อในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น มีไข้สูง การอักเสบของกรวยไต ไข้ดั่งอักเสบ ปอดบวม เป็นต้น อาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ เนื่องจากเชื้อโรคกระจายไปตามกระแสเลือดไปยังบริเวณมดลูก (Cunningham et al., 2001) นอกจากนี้ปัจจัยทางพันธุกรรมมีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดในครอบครัว โดยมีบางการศึกษาพบว่าถ้าในครอบครัวใดมีสตรีมีครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด ญาติพี่น้องมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดด้วย อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านกรรมพันธุ์และครอบครัวยังต้องการข้อมูลเพิ่มเติมว่าเป็นสาเหตุการคลอดก่อนกำหนด (Bakketeig & Hoffman cited in Fuchs et al., 1993)

สำหรับปัจจัยในด้านการเจริญพันธุ์มักเกิดจากความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับ มดลูก รก และทารกในครรภ์ โดยพบว่าความผิดปกติของมดลูก เช่น มีเนื้องอกในมดลูก มีห้วงคุมกำเนิดค้างในมดลูก ปากมดลูก มีการถ่ายขยายจากการทำแท้ง การผ่าตัดบริเวณมดลูก เป็นต้น ทำให้รกรมีการเกาะ

ผิดตำแหน่ง มีการติดเชื้อ และนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด (Mozurkewich et al., 2000) สำหรับความผิดปกติของรก เช่น รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น ทำให้รกมีการเสื่อมสภาพ มีการหลั่งฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนลดลง มีการสร้างสารพลาสมาเกลนดิน และทำให้เกิดการหดตัวของมดลูก การมีเลือดออกจากพยาธิสภาพของรกเกาะต่ำ หรือรกลอกตัวก่อนกำหนด ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกไวต่อการกระตุ้น เป็นสาเหตุให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้เช่นกัน (Fuchs et al., 1993) ในด้านทารก ความพิการแต่กำเนิด ทารกตายในครรภ์หรือขาดออกซิเจน เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ (Wheller, 1994) และในกรณีที่สตรีมีครรภ์มีการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ และ/หรือมีภาวะเยื่อหุ้มทารกอักเสบ ทำให้มีสารพลาสมาเกลนดินที่เกิดขึ้นจากกระบวนการติดเชื้อและแบคทีเรีย และทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา (King, 1994; Fuchs et al., 1993; Wheller, 1994) ซึ่งการแตกของถุงน้ำเป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดถึงหนึ่งในสามของสาเหตุทั้งหมด (King, 1994)

การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดพบว่ามักเกิดขึ้นร่วมกันหลายด้าน มีส่วนน้อยที่เกิดจากปัจจัยด้านเดียว (Fuchs et al., 1993) จากปัจจัยเสี่ยงในด้านต่างๆ ที่ได้กล่าวมา สตรีมีครรภ์ทุกคนจึงควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในระยะตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่อาจตามมา

การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ในการฝากครรภ์ทั่วไปมีเกณฑ์การประเมินและคัดกรองสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง เพื่อคัดกรอง และเฝ้าระวัง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดหรือปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงให้เหมาะสม (วินิต พัวประดิษฐ์ และสมพล พงศ์ไทย, 2544) จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่าสตรีมีครรภ์และทารกมีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดไม่เท่ากัน การค้นหาสตรีที่มีความเสี่ยงสูงได้ตั้งแต่แรก และให้การดูแลเป็นพิเศษอย่างเพียงพอและทั่วถึงจะสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับสตรีมีครรภ์และอัตราการตายปริกำเนิดของทารกได้ (ภิเศก ลุมพิกานนท์ และ โฉมพิลาศ จงสมชัย, 2545) การประเมินปัจจัยเสี่ยงตามระดับความสำคัญ จะช่วยในการคัดกรองสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้เกณฑ์การประเมิน เช่น เกณฑ์การประเมินสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) เกณฑ์คาดคะเนภาวะคลอดก่อนกำหนดของ คริสซี่ และคณะ (Creasy et al., 1980) เกณฑ์ คัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของ ฮอลบรูค ลารอส และคริสซี่ (Holbrook, Laros, & Creasy, 1990)

เกณฑ์คัดกรองความเสี่ยงในสตรีมีครรภ์ขององค์การอนามัยโลก ตามแบบประเมินข้อมูลทั่วไปในการฝากครรภ์แบบใหม่ (classifying form for basic component of the new antenatal care model) มีทั้งหมด 19 หัวข้อ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ประวัติทางสูติศาสตร์ สภาพการตั้งครรภ์ ปัจจุบัน ประวัติทางการแพทย์ทั่วไป มีรายละเอียดคือ 1) ประวัติทางสูติศาสตร์ เช่น ประวัติการแท้ง ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ประวัติทารกตายคลอด (still birth) หรือทารกตาย 28 วันหลังคลอด (neonatal loss) การคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเป็นต้น 2) สภาพการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เช่น การตั้งครรภ์แฝด สตรีมีครรภ์อายุต่ำกว่า 16 ปี หรืออายุมากกว่า 40 ปี มีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นต้น 3) ประวัติทางการแพทย์ทั่วไป เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน การใช้สารเสพติด เป็นต้น ซึ่งมีปัจจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด เช่น ประวัติการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ประวัติทารกตายคลอดหรือทารกตาย 28 วันหลังคลอด การตั้งครรภ์แฝด การใช้สารเสพติด เป็นต้น โดยปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการประเมินในสตรีมีครรภ์ทุกราย (WHO, 2003)

เกณฑ์คัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของ คริสซี และคณะ (Creasy et al., 1980) ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 30 หัวข้อ แบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ด้านสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ จำนวนบุตรในการดูแล เป็นต้น ด้านประวัติในอดีต (past history) เช่น ประวัติการคลอดก่อนกำหนด การแท้ง เป็นต้น ด้านสุขนิสัยประจำวัน (daily habit) เช่น การทำงาน การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ ความเครียด เป็นต้น และด้านสภาพของการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (current pregnancy) เช่น น้ำหนักหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น โดยปรับปัจจัยเสี่ยงเหลือ 19 หัวข้อและให้คะแนนตามความเสี่ยงได้แก่ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-5 กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 6-9 กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ซึ่งเกณฑ์ของ คริสซี และคณะ มีการนำไปใช้ในหลายรายงานการวิจัย (Creasy et al., 1980; Main, Richardson, Hadley & Gabbe, 1989) และได้ผลแตกต่างกันออกไปตัวอย่าง เช่น สามารถทำนายการคลอดก่อนกำหนดได้ประมาณ 2 ใน 3 ของการคลอดก่อนกำหนด (Creasy et al., 1980) แต่พบว่าใช้ไม่ได้ผลในกลุ่มสตรีมีครรภ์ผิวดำที่มีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ โดยไม่สามารถทำนายการคลอดก่อนกำหนดได้ (Main et al., 1989)

นอกจากนี้ยังมีเกณฑ์คัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของ ฮอลบรูค และคณะ (Holbrook et al., 1990) ซึ่งได้ปรับปรุงจากเกณฑ์คัดกรองของ คริสซี และคณะ มีการลดหัวข้อประเมินลงเหลือ 18 ข้อ โดยแบ่งเป็นปัจจัยหลัก 12 ข้อ เป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงมากที่สุดได้ เช่น การตั้งครรภ์ทารกหลายคน ประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือคลอดก่อนกำหนดครรภ์แฝดน้ำ มีการแท้งในไตรมาสที่สอง มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป ปากมดลูกเปิดมากกว่า 1 เซนติเมตร

มีความบางน้อยกว่า 1 เซนติเมตร ในอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ เป็นต้น ส่วนปัจจัยรองมี 6 ข้อ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอดหลังจาก 12 สัปดาห์ สูบบุหรี่ยากกว่า 10 มวนต่อวัน มีประวัติกรวยไตอักเสบ มีการแท้งในไตรมาสที่สอง เป็นต้น ในการนำเกณฑ์นี้ไปใช้คัดกรองความเสี่ยงในสตรีมีครรภ์ เมื่อประเมินได้ว่าสตรีมีครรภ์มีปัจจัยหลักอย่างน้อย 1 ข้อ หรือปัจจัยรอง 2 ข้อจะถือว่าสตรีมีครรภ์นั้นมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งจากการทดลองนำไปใช้พบว่าเกณฑ์คัดกรองนี้สามารถประเมินความเสี่ยงได้ถูกต้องร้อยละ 14

จากตัวอย่างเกณฑ์คัดกรองความเสี่ยงทั้ง 3 แบบดังกล่าวในการนำเกณฑ์การประเมินไปประยุกต์ใช้ต้องมีความเหมาะสมกับระดับของโรงพยาบาล โดยในโรงพยาบาลชุมชนอาจคัดกรองการคลอดก่อนกำหนดแบบง่ายโดยปรับปรุงจากเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ส่วนในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (tertiary care) อาจใช้เกณฑ์ที่ละเอียดมากขึ้น เช่น เกณฑ์ประเมินการคลอดก่อนกำหนดของ คริสซีและคณะ เป็นต้น (วินิต พัวประดิษฐ์ และสมพล พงศ์ไทย, 2544) นอกจากการคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดแล้ว ควรพิจารณาประเด็นในด้านการกลับเป็นซ้ำ และการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงมาพิจารณาด้วย เพื่อให้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีประสิทธิภาพมากขึ้น เชลลาสและเอียมส์ (Shellhaas & Iams 2002) ให้เกณฑ์ในการแบ่งการกลับเป็นซ้ำของปัจจัยเสี่ยงเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มปัจจัยที่มีการกลับเป็นซ้ำ (recurrent) เช่น การติดเชื้อ การขาดสารอาหาร น้ำหนักเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซีด เป็นต้น 2) กลุ่มปัจจัยที่ไม่มีการกลับเป็นซ้ำ และเปลี่ยนแปลงไม่ได้ (immutable) เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขด้วยการให้วิธีการป้องกันต่าง ๆ เช่น ประวัติการคลอดก่อนกำหนด เชื้อชาติ เป็นต้น 3) กลุ่มปัจจัยที่ไม่สามารถกลับเป็นซ้ำในครรภ์ต่อไปได้ (nonrecurrent) เช่น รกเกาะต่ำ รกคลอดก่อนกำหนด การมีเลือดออกทางช่องคลอด การตั้งครรภ์ทารกหลายคน นอกจากนี้โคลอมโบ และเอียมส์ (Colombo & Iams, 2000) แบ่งการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ แต่เน้นในด้านการคัดกรองเช่น เชื้อชาติ ประวัติการคลอดก่อนกำหนด อายุ ความผิดปกติของมดลูก ปากมดลูกไม่แข็งแรง เป็นต้น 2) กลุ่มปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ โดยการให้การดูแลในคลินิกพิเศษ เช่น การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด ภาวะโภชนาการ โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การทำงานหนัก การมีเพศสัมพันธ์ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ การขาดการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น 3) กลุ่มปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้แต่สามารถดูแลให้ไม่เกิดการลุกลามหรือเกิดความรุนแรงมากขึ้นได้ เช่น รกเกาะต่ำ รกคลอดก่อนกำหนด ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ เป็นต้น

การพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมี 2 ระดับคือ การป้องกันระดับปฐมภูมิของการคลอดก่อนกำหนด (primary prevention) เป็นการคัดกรองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกรณีครรภ์เกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด การป้องกันระดับทุติยภูมิของการคลอดก่อนกำหนด (secondary prevention) เป็นการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด หลังจากที่สตรีมีครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่า เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว (Murphy, 1993)

การป้องกันระดับปฐมภูมิของการคลอดก่อนกำหนด

การป้องกันระดับปฐมภูมิของการคลอดก่อนกำหนด เป็นการป้องกันเพื่อคัดกรองเฟ้าระวังหรือปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดโดยให้ความสำคัญกับการคัดกรอง ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ เช่น เชื้อชาติ ประวัติการคลอดก่อนกำหนด อายุ ความผิดปกติของมดลูก ปากมดลูกไม่แข็งแรง เป็นต้น และให้การดูแลเป็นพิเศษในด้านปัจจัยที่เฟ้าระวังและปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด ภาวะโภชนาการ โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การทำงานหนัก การมีเพศสัมพันธ์ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ การขาดการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (Colombo & Iams, 2000)

ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการป้องกันระดับปฐมภูมิของการคลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1986 มีกลยุทธ์การคัดกรอง และมีการจัดโปรแกรมการป้องกันแบบผสมผสาน เพื่อสามารถค้นพบการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่แรก และให้การดูแลรักษาอย่างได้ทันทั่วถึง มีการทบทวนรายงานการวิจัยและสรุปผลของการใช้โปรแกรมที่ทำในประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงปี ค.ศ. 1971 ถึง ปี ค.ศ. 1988 ผลการศึกษาพบว่าการใช้โปรแกรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดไม่สามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด จากผลที่แตกต่างกันนี้สรุปประเด็นได้ว่าโปรแกรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในประเทศสหรัฐอเมริกาช่วงแรกวิธีการป้องกันส่วนใหญ่เน้นการคัดกรองซึ่งสามารถทำนายสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงได้จำนวนน้อย ขณะที่ยังมีสตรีมีครรภ์อีกจำนวนหนึ่งที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดกลับไม่ได้รับการเฟ้าระวัง (Goldenberg, Davis, Copper, Corris, Andrews & Carpenite, 1990; Heins, Nance, McCarthy & Efird, 1990; Mueller-Heubach, Reddick, Barnett & Bente, 1989) นอกจากนี้การหดตัวของมดลูกบางครั้งไม่ได้เสี่ยงที่จะเกิดการคลอดก่อนกำหนดเสมอไป (Loockwood, 2002) รวมทั้งยังขาดกิจกรรมที่ปฏิบัติกับสตรีมีครรภ์โดยตรง เช่น การสอน การจัดการด้านโภชนาการ เป็นต้น (Moizeau, 2003) ซึ่งแตกต่างกับโปรแกรม

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในประเทศฝรั่งเศสที่ใช้การสอนเป็นศูนย์กลางของโปรแกรมจากแนวคิดที่ว่าปัญหาการคลอดก่อนกำหนดเกิดจากความเครียดทางจิตสังคม มีผลต่อกลไกด้านชีวเคมีในร่างกายจึงเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้น โดยความเครียดนั้นมีสาเหตุจากหลายประการ เช่น ความยากจน เชื้อชาติ การทำงาน เป็นต้น (Paarlberg, Paaschier, Dekker, & VanGeij, 1995) จากแนวคิดที่ว่า การคลอดก่อนกำหนดเกิดจากความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ และจัดโปรแกรมป้องกันซึ่งเน้นที่บุคลากรการแพทย์ พยาบาลและผดุงครรภ์ในการรับฝากครรภ์ มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงทั้งทางด้านสูติกรรม ด้านการแพทย์ และด้านสังคม โดยใช้ระบบคัดกรองความเสี่ยง (risk score system) ให้คำแนะนำในการลดกิจกรรมและการทำงาน สอนให้ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและกระตุ้นให้มีการป้องกันโดยมารับการตรวจรักษาทันที รวมทั้งเน้นการดูแลและให้การสนับสนุนทางสังคม (Moizeau, 2003)

จากความสำเร็จของโปรแกรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในประเทศฝรั่งเศส จึงมีการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยอาศัยแนวคิดของประเทศฝรั่งเศส พบว่าสามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (Moizeau, 2003) และในปัจจุบันสถาบันด้านสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ทบทวนแผนกลยุทธ์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดใหม่ และหันมาทบทวนการใช้การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การให้การปรึกษาด้านโภชนาการหรือสารเสพติด การใช้โปรแกรมลดความเครียด เป็นต้น ร่วมในโปรแกรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมากขึ้น เนื่องจากมีผลการวิจัยยืนยันถึง ประสิทธิภาพการใช้การปฏิบัติการพยาบาลในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (HHS, 2001)

ในประเทศไทยการป้องกันระดับปฐมภูมิของการคลอดก่อนกำหนด พบว่าเน้นการบริการฝากครรภ์ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่กระทำโดยพยาบาลและผดุงครรภ์ จากการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับการรับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลประจำอำเภอ 12 แห่งในจังหวัดขอนแก่น สตรีมีครรภ์จำนวน 768 คน ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2539 พบว่ากิจกรรมในการบริการฝากครรภ์ใช้เวลาทั้งหมด 10.1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และพบว่ามีข้อจำกัดในด้านการคัดกรอง เช่น การคัดกรองระบบทางเดินปัสสาวะ การให้การปรึกษาก่อนตั้งครรภ์ เป็นต้น และมีข้อเสนอแนะว่ากิจกรรมบริการฝากครรภ์ควรมีเนื้อหาและรูปแบบที่หลากหลายขึ้น (Winiyakul, Chaisiri, Lumbiganon, & Chongsomchai, 1998) ซึ่งการฝากครรภ์ที่ดีและเหมาะสมสามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้ วิสุทธิ สุวิทย์ศิริ และคณะ (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการฝากครรภ์ไม่ดีขึ้นกับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและการคลอดก่อนกำหนดในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในกลุ่มสตรีมีครรภ์จำนวน 600 ราย ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบ่งสตรีมีครรภ์เป็น 2 กลุ่มๆ ละ 300 ราย กลุ่มที่หนึ่งคือกลุ่มที่ฝากครรภ์ดี คือ มีการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์

24 สัปดาห์และมีการฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป กลุ่มสตรีที่มีการฝากครรภ์ไม่ดีคือ ฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 24 สัปดาห์และมีการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ดีมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดและอัตราการเกิดทารกน้ำหนักน้อยต่ำกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ดี และกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ดีมีความเสี่ยง (relative risk) ต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยและการคลอดก่อนกำหนด เป็น 4.19 และ 2.01 ตามลำดับ

โดยสรุป การป้องกันระดับปฐมภูมิจะใช้การคัดกรอง หรือเครื่องมือทางสูติศาสตร์ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังใช้การส่งเสริมให้สตรีมีครรภ์หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำ เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะโภชนาการ การทำงานหนัก เป็นต้น (Wheller, 1994) ประเด็นสำคัญคือการคำนวณอายุครรภ์ถูกต้อง ได้รับบริการฝากครรภ์ที่ดี มีการปรับปรุงปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยเน้นการหาสตรีกลุ่มเสี่ยงให้ได้ตั้งแต่แรก และต้องเริ่มป้องกันก่อนที่จะมีการเจ็บครรภ์คลอด รวมทั้งสร้างความตระหนักให้สตรีมีครรภ์และบุคลากรทางสุขภาพยอมรับว่า สตรีมีครรภ์กลุ่มนี้ต้องใช้วิธีการดูแลเป็นพิเศษ หรืออาจต้องจัดให้มีคลินิกพิเศษเพื่อดูแลสตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยงนี้โดยตรง (Shellhaas & Iams, 2002) สำหรับการดูแลสตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยงในคลินิกป้องกันการคลอดก่อนกำหนดควรเน้นวิธีการป้องกันมีการปฏิบัติที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะหรือช่องทางคลอดสู่ปากมดลูก ส่วนการให้วิธีการช่วยเหลือทางสังคมควรมีการติดตามช่วยเหลือในกรณีที่มีความเสี่ยง เช่น ประวัติการกระทำรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น (Aerts & Iams, 1999)

การป้องกันระดับทุติยภูมิของการคลอดก่อนกำหนด

การป้องกันระดับทุติยภูมิของการคลอดก่อนกำหนด เป็นการป้องกันในกลุ่มสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหดตัวของมดลูกและการเปิดของปากมดลูกเพิ่มขึ้น รวมถึงการรักษาหรือส่งต่อในรายปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับลดได้ แต่ควบคุมอาการไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น เช่น รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ เป็นต้น

การป้องกันระดับทุติยภูมิของการคลอดก่อนกำหนดมีวิธีการดังนี้ (Wheller, 1994)

- 1) การเลือกผู้ป่วย (patient selection) เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองหรือยับยั้งการคลอดตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 2) วิธีการยับยั้งการเจ็บครรภ์ มี 2 วิธีคือ การให้นอนพักและการให้ยาช่วยยับยั้งการหดตัวของมดลูก เช่น เทอร์บูทาลีน (terbutaline) หรือแมกนีเซียมซัลเฟต (magnesium sulfate) พบว่าประสิทธิภาพการให้ยาช่วยยับยั้งมีจำกัดเฉพาะระยะเวลาหนึ่ง (Crowther &

Moore, 2003; Nanda et al., 2003) 3) การใช้สารกระตุ้นการสร้างสารเคลือบถุงลม (lung surfactant) ในกรณีที่คาดการณ์ว่าทารกอาจจะคลอดก่อนกำหนด เพื่อเป็นการลดอุบัติการณ์ของความเจ็บป่วย และการตายของทารกจากการคลอดก่อนกำหนด และ 4) การให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อรักษาการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นการลดการคลอดก่อนกำหนดที่เชื่อว่ามีสาเหตุมาจากการติดเชื้อซึ่งรูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับทุติยภูมิ ประกอบด้วย การนอนพักในโรงพยาบาล การป้องกันการขาดน้ำ การให้ยาช่วยป้องกันการคลอด การรักษาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ การเย็บผูกปากมดลูก เป็นต้น (Murphy, 1993)

การนอนพักเป็นการลดแรงกดต่อปากมดลูกที่จะส่งผลให้เกิดการหดตัวของมดลูกและยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ โดยพบว่าการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานของสตรีมีครรภ์ มีการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ สาเหตุ ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลของสตรีมีครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาในรอบ 1 ปี พบว่า การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุการนอนโรงพยาบาลถึงร้อยละ 24.4 เสียค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลทั้งหมด 4,988,152 เหรียญสหรัฐ โดยเฉลี่ย 5,642 เหรียญสหรัฐต่อคน (Julie, et al., 2002) และมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ท้องผูก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง เป็นต้น (Loos & Julius, 1989; Maloni et al., 1993) รวมถึงอาจเกิดพยาธิสภาพจากการไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เช่น เกิดภาวะก้อนเลือดอุดตันในเส้นเลือดดำ ภาวะกระดูกพรุน เป็นต้น (Shellhaas & Iams, 2002) นอกจากนี้ยังทำให้ประเทศชาติสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจำนวนมาก ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายเฉพาะด้านนี้มากกว่า 820 ล้านดอลลาร์ต่อปี (Nicholson et al., 2000) วิธีการป้องกันการขาดน้ำในสตรีมีครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเชื่อว่าจะสามารถลดการหดตัวของมดลูกด้วย เนื่องจากมีการศึกษาในหนูทดลองที่มีการตั้งครรภ์ พบว่าการขาดน้ำจะทำให้มีการหดตัวของมดลูก ซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากการหลังสารพลอสตาแกลนดินทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพอร์คอน แสตรชเนอร์ เคอร์ และเทาเวอร์ (Pircon, Strassner, Kirz & Towers, 1989) ได้ศึกษาเชิงทดลองในกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยในกลุ่มทดลองได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับการนอนพักที่เตียง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการนอนพักอย่างเดียว ผลพบว่าในกลุ่มทดลองการหดตัวของมดลูกหายไปร้อยละ 54 กลุ่มควบคุมร้อยละ 40 แต่ผลในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษามีประโยชน์ต่อการนำมาใช้ในการดูแลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

นอกจากนี้มีรายงานถึงประสิทธิภาพของการป้องกันระดับทุติยภูมิด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ จากงานวิเคราะห์เมตาสรุพบว่าสามารถให้ยาปฏิชีวนะในการป้องกันการคลอด

ก่อนกำหนดได้ในกรณีที่การคลอดก่อนกำหนดนั้นมีสมมุติฐานว่าเกิดจากการติดเชื้อ หรือในกรณีที่ ต้องการยับยั้งการคลอดเพื่อรอให้ยากระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ออกฤทธิ์ ส่วนผล ในด้านเพิ่มผลลัพธ์การตั้งครรภ์คือ ต้องการเพิ่มอายุครรภ์และน้ำหนักทารกให้มากขึ้น พบว่า สามารถยืดเวลาตั้งครรภ์ได้ไม่เกิน 1 สัปดาห์ ซึ่งในภาพรวมไม่สามารถสรุปได้ว่า การให้ ยาปฏิชีวนะมีประสิทธิภาพในการลดอัตราการตายหรืออัตราการเจ็บป่วยของทารกจากการคลอด ก่อนกำหนดได้ และยังต้องการรายงานการวิจัยเพิ่มเติม (Thorp & Hartmann, 2002)

การพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดนั้น พยาบาลนับว่ามีความสำคัญในกลยุทธ์ ดังกล่าว เนื่องจากมีบทบาททำให้การดูแลกับสตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Eganhouse, 1993) ซึ่งวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีเป้าหมายหลักคือ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยเน้นการลดหรือปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อน กำหนดตลอดการตั้งครรภ์ (Amon, 2001)

บทบาทพยาบาลในการป้องกันระดับปฐมภูมิของการคลอดก่อนกำหนด

การพยาบาลในการป้องกันระดับปฐมภูมิของการคลอดก่อนกำหนด เน้นกลุ่มสตรี มีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด แนะนำ การตรวจร่างกายก่อนตั้งครรภ์ แนะนำการดูแลตนเอง รักษาสุขภาพ การรับประทานอาหาร การ รักษาความสะอาด การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การจัดโปรแกรม เช่น การลด การสูบบุหรี่ การปรับปรุงภาวะโภชนาการของสตรีมีครรภ์ เป็นต้น (Fuchs et al., 1993) รวมทั้งในขณะที่มี การตั้งครรภ์ มีการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง สามารถตรวจพบอาการและอาการแสดงของการคลอด ก่อนกำหนดเพื่อให้การดูแลรักษาและยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังรวมถึงการให้การ ปรึกษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพราะปัจจัยเสี่ยงบางอย่าง เช่น ภาวะทุพโภชนาการ การใช้สารเสพติด เป็นต้น สามารถทำให้ลดลงหรือหมดไปได้โดยการให้ความรู้และการปรึกษาสำหรับกลุ่มเสี่ยง (วินิต พัวประดิษฐ์ และสมพล พงศ์ไทย, 2544; Gilbert & Harmon, 1998) นอกจากนี้ยังรวมถึง การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนด้านจิตใจ การเยี่ยมบ้าน ในรายที่พบว่ามียปัจจัย เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดอาจจัดทำเป็นคลินิกพิเศษเฉพาะกลุ่มเสี่ยง

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการเตือนของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นเรื่องสำคัญสำหรับสตรีมีครรภ์ที่บุคลากรทางสุขภาพควรไว้กับสตรีมีครรภ์ (เกสรฯ ศรีพิชญานการ, 2543; พาณี จารุพันธ์, 2541) เพื่อให้ตรวจพบอาการและวินิจฉัยได้เร็วที่สุดและให้การดูแลรักษาต่อเนื่องด้วยการนอนพักในโรงพยาบาล หรือให้ยับยั้งการหดตัวของมดลูกได้ทันทั่วทั้ง (Hayashi & Mozurkewich, 2000) การวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใช้เกณฑ์จากการหดตัวของมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง และเจ็บครรภ์ทุก 10 นาทีนาน 30 วินาที (สิงห์เพ็ชร สุขสมปอง, 2544; Cunningham et al., 2001) การที่มดลูกหดตัวบ่อยจะทำให้เกิดการเจ็บครรภ์ตามมาได้ จากการศึกษาในสตรีมีครรภ์ปกติพบว่าเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ อาจมีการหดตัวของมดลูกมากกว่า 3 ครั้งใน 1 ชั่วโมง ซึ่งถ้ามีการหดตัวของมดลูกถี่ขึ้นมากกว่านี้ เป็นอาการเตือนว่าสตรีมีครรภ์เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Wheller, 1994) หรือในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ปวดเกร็งหน้าท้องคล้ายการปวดประจำเดือน ปวดหน่วงบริเวณหัวหน้า มีอาการท้องเสีย หรือมีการเปลี่ยนแปลงของมูกบริเวณช่องคลอด (จิรเนาว์ ทศศรี, 2545) ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้สตรีมีครรภ์ไม่สามารถประเมินตนเองได้ว่าเป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงมารับการรักษาเมื่ออาการเจ็บครรภ์ดำเนินไปมากแล้ว (Stright, 2001) สำหรับการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง (self-palpation) หรือการใช้เครื่องมือประเมินด้วยตนเองที่บ้านนั้น จากการศึกษาถึงประสิทธิภาพของวิธีการเหล่านี้ พบว่ายังไม่มีผลชัดเจนในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด แต่พบว่าการสอนของพยาบาลที่เข้าร่วมกับการใช้เครื่องมือประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้สตรีมีครรภ์มีความพึงพอใจและรู้ถึงอาการเตือนของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากขึ้น (Shellhaas & Iams, 2002)

นอกจากนี้ ฟรีดา (Freda, 2003) ได้สรุปวิธีการพยาบาลในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิของการคลอดก่อนกำหนด ทั้งหมด 7 ข้อ คือ

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะในสตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยง เพื่อให้สตรีมีครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
2. ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ในกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และใช้สารเสพติด เนื่องจากเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด และพบว่าการจัดโปรแกรมหรือให้การปฏิบัติการพยาบาลได้ผลลัพธ์ในการป้องกันก่อนข้างดี
3. ให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วทุกวัน เพื่อป้องกันการขาดน้ำซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดการหดตัวของมดลูก และการคลอดก่อนกำหนดตามมา

4. ประเมินการใช้ความรุนแรงในครอบครัวในสตรีมีครรภ์ทุกคน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด

5. สอนเทคนิคการผ่อนคลายพื้นฐานให้กับสตรีมีครรภ์ตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อให้สตรีมีครรภ์ผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย และยังลดภาวะเครียดทางด้านจิตใจได้อีกด้วย

6. พิจารณาการให้ความช่วยเหลือด้วยการสนับสนุนและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและด้านอารมณ์

7. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งพูดคุยกับนายจ้างในการทำงานของสตรีมีครรภ์ที่ทำงานเพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจากการทำงาน

นอกจากนี้ในการสืบค้นงานวิจัยเบื้องต้น พบว่ามีวิธีการพยาบาลในการป้องกันในระดับปฐมภูมิของการคลอดก่อนกำหนด เช่น การสนับสนุนทางสังคม การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นต้น (Olds, Henderson, Tatelbaum & Chamberlin, 1986)

การสนับสนุนทางสังคม (social support) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งต้องมีการพึ่งพาอาศัย มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (House cited in Brown, 1986) ในสตรีมีครรภ์การสนับสนุนทางสังคมเป็นการส่งเสริมให้สตรีมีครรภ์สามารถหาแหล่งประโยชน์ในขณะที่ตั้งครรภ์ได้มากขึ้น รวมทั้งเป็นการแสดงออกถึงความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ต่อสตรีมีครรภ์และครอบครัว (Heaman, 2002) โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสตรีมีครรภ์ (McCain & Deatruck, 1994) เฮาส์ (House, 1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า คือการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลนั้นได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ และได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความรัก ความผูกพัน ความรู้สึกไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยซึ่งกันและกัน ในสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากสตรีมีครรภ์ต้องเผชิญภาวะคุกคามจากภาวะแทรกซ้อนมีการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย สูญเสียสภาพลักษณ์ มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต มีความวิตกกังวล จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์โดยสตรีมีครรภ์ควรได้รับความรัก ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ รับฟังปัญหา หากไม่ได้รับการตอบสนองด้านนี้จะทำให้สตรีมีครรภ์เกิดอารมณ์ทางลบตามมา เช่น ภาวะซึมเศร้า

ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น ภาวะซึมเศร้าทำให้ไม่สนใจตนเองและไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Heaman, 2002) ความเครียดและความวิตกกังวลเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้มีการหดรัดตัวของมดลูกและการคลอดก่อนกำหนดตามมา การสนับสนุนด้านอารมณ์อาจได้จาก ครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ หรือสตรีมีครรภ์ที่มีประสบการณ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเหมือนกัน โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์จากพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากเป็นบุคลากรที่ดูแลใกล้ชิด และสตรีมีครรภ์สามารถพูดคุยได้ง่าย (McCain & Deatrick, 1994) นอกจากนี้การรับฟังประสบการณ์ในด้านดีของของสตรีมีครรภ์ ยังเป็นการเสริมคุณค่าและแสดงถึงความเอาใจใส่ของพยาบาล (Heaman, 2002)

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อเป็นทางเลือกในการปฏิบัติ ทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ ในสตรีมีครรภ์การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ได้ความรู้ข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากแหล่งบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งได้รับการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ ถ้าสตรีมีครรภ์ขาดความรู้ขาดข้อมูลข่าวสารจะส่งผลให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา (Heaman, 2002) การศึกษาของ ทศมา โรจนประดิษฐ์ (2541) ศึกษาผลของการสนับสนุนและให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจ ในการพยาบาลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนและให้ข้อมูลร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่า และมีคะแนนความพึงพอใจในการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการสอนให้สังเกตอาการเตือนของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในการป้องกันระดับปฐมภูมิ โดยใช้ทั้งการสอนแบบกลุ่ม ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และให้คำแนะนำ (Moor et al.,1999) ซึ่งพบว่าสามารถลดอัตราการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ถึงร้อยละ 27 จากผลดังกล่าวเป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า วิธีการพยาบาลในด้านการสอนหรือการให้ข้อมูลเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ในต่างประเทศยังมีข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต เพื่อเผยแพร่ข้อมูลที่สามรถสนับสนุนด้านข่าวสารสำหรับสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกาสามารถเข้าถึงได้จากเว็บไซต์ <http://www.sidelines.org> และประเทศแคนาดาสามารถเข้าถึงได้จากเว็บไซต์ <http://www.sidelinescanada.org>

3. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เช่น การเห็นพ้อง การยอมรับ และการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอยู่

ร่วมกับผู้อื่นในสังคม เป็นต้น รวมทั้งเป็นการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน เพื่อให้ได้รับข้อมูลย้อนกลับที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและเรียนรู้ด้วยตัวเอง ในสตรีมีครรภ์การสนับสนุนด้านการประเมินค่าได้แก่ การได้แสดงความคิดเห็น การได้รับยกย่องชมเชยจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เช่น คู่สมรส หรือจากญาติพี่น้อง เพื่อน หรือจากบุคลากรสุขภาพ (Heaman, 2002) เป็นสิ่งที่สตรีมีครรภ์เกิดความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีค่า เกิดความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างต่อเนื่อง

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrument support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของ แรงงาน และการบริการต่างๆ รวมทั้งการสนับสนุนทางการเงิน การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือการบริการต่างๆ ในขณะตั้งครรภ์ (Heaman, 2002) เมื่อสตรีมีครรภ์มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ค่าใช้จ่ายในการรักษามีอัตราสูง หากขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากรอาจทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ตลอดจนขาดการได้รับบริการทางด้านสุขภาพอย่างเพียงพอส่งผลต่อการดูแลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

เห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมในสตรีมีครรภ์มีความสำคัญเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และส่งเสริมให้สตรีมีครรภ์สามารถหาแหล่งประโยชน์ได้มากขึ้น การที่สตรีมีครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้มีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพัฒนาภกิจของสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (Maloni & Kutil, 2000) ส่วนการให้ข้อมูลหรือการสอน เป็นการส่งเสริมการตอบสนองพฤติกรรมของสตรีมีครรภ์ในการเผชิญปัญหา พบว่าการแสวงหาข้อมูลเป็นวิธีการพื้นฐานแรกสุดที่บุคคลจะนำไปใช้ (Lazarus, 1966) จากการสืบค้นรายงานการวิจัย มีรายงานการวิจัยที่ใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยมีการนำการสนับสนุนทางสังคม ในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร นำไปใช้ในรายงานการวิจัยเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหลายงานด้วยกัน

บทบาทพยาบาลในการป้องกันระดับทุติยภูมิของการคลอดก่อนกำหนด

การพยาบาลในการป้องกันระดับทุติยภูมิของการคลอดก่อนกำหนด เป็นการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเมื่อสตรีมีครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหดตัวของมดลูกและมีการเปิดของปากมดลูกเพิ่มขึ้น รวมถึงการรักษาหรือส่งต่อในรายที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ครรภ์แฝด เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่ควบคุมอาการไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้นได้

วิธีการพยาบาลในการป้องกันระดับทุติยภูมิของการคลอดก่อนกำหนด สามารถกระทำร่วมกับแผนการรักษาของแพทย์ในขณะนอนพักในโรงพยาบาลและได้รับยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก (Murphy, 1993) เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะมีส่วนช่วยลดการหดตัวของมดลูก ร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบันแล้ว ยังสามารถปรับปรุงผลลัพธ์การตั้งครรภ์ น้ำหนักทารกแรกเกิด ยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ และลดความเครียดหรือความวิตกกังวลในสตรีมีครรภ์ (Cohen & Wuerker, 2002; Janke, 1999; Omer et al., 1986) นอกจากนี้ ยังสามารถปฏิบัติด้วยการเยี่ยมบ้าน หรือ การดูแลที่บ้าน ในกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่ได้รับการรักษาที่บ้าน เช่น การนอนพัก การได้ยาขับยั้งการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง เป็นต้น ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลตนเองของสตรีมีครรภ์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและที่บ้าน พบว่าในโรงพยาบาลมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด และทำให้เกิดความรู้สึกทางลบมากกว่าการนอนพักที่บ้าน รวมทั้งสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายและจิตใจได้มากกว่า (Heaman & Gupton, 1998) ซึ่งในอนาคตรูปแบบการดูแลสตรีมีครรภ์เพื่อป้องกันระดับทุติยภูมิของการคลอดก่อนกำหนดอาจต้องปรับปรุงโดยพิจารณาให้สตรีมีครรภ์ ได้รับการดูแลรักษาที่บ้านมากขึ้น ซึ่งพยาบาลก็ต้องปรับวิธีการพยาบาลโดยเน้นการเข้าถึงกลุ่มสตรีมีครรภ์กลุ่มนี้ และเป็นประเด็นที่ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดด้านนี้ในอนาคต (Shellhaas & Iams, 2002)

สำหรับวิธีการพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้านในกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่เคยนอนโรงพยาบาลจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและจำหน่ายกลับบ้าน มีเป้าหมายเพื่อเน้นการปฏิบัติตัวเพื่อลดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ โดยเน้นการสอนและการปฏิบัติตัวเมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การมาตรวจตามนัด การป้องกันการติดเชื้อ รวมทั้งการดูแลตนเองในด้านอื่นๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ เช่น การรับประทานอาหารให้เพียงพอ ดูแลไม่ให้ขาดน้ำ งดการมีเพศสัมพันธ์ในสตรีบางคนที่เคยมีความเสี่ยง เป็นต้น ตลอดจนการสอนเทคนิคผ่อนคลายต่างๆในสตรีมีครรภ์ที่ต้องนอนพักที่เตียงในขณะอยู่บ้าน เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลอันจะนำมาซึ่งการหดตัวของมดลูก และสอนการจัดการกับปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในขณะนอนพัก เช่น การดูแลบุตร การจัดการงานบ้าน การปรับตัวกับสามี ซึ่งพยาบาลอาจต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่องในรายที่ประเมินแล้วอาจมีปัญหาไม่สามารถปรับตัวได้ (Maloni & Kutil, 2000)

นอกจากนี้ในการสืบค้นงานวิจัยเบื้องต้น พบว่ามีวิธีการพยาบาลในการป้องกันระดับทุติยภูมิของการคลอดก่อนกำหนด เช่น การผ่อนคลาย การให้ข้อมูล เป็นต้น (Janke, 1999; Omer et al., 1986)

การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation) การผ่อนคลายมีผลดีต่อร่างกาย คือเป็นการลดการทำงานของระบบซิมพาเทติก ช่วยลดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีและสรีรวิทยาของร่างกาย ลดการหลั่งฮอร์โมนแคทอิโคลามีน และคอร์ติโคโทรฟิน เข้าสู่กระแสเลือด ซึ่งจะลดการหดตัวของมดลูกและลดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นประโยชน์ในการป้องกันระดับทุติยภูมิในสตรีมีครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนอกจากนี้การผ่อนคลายยังทำให้ชีพจรเต้นช้าลง ลดความดันโลหิต ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและข้อต่อในร่างกาย เพิ่มการใช้ออกซิเจน และทำให้คลื่นสมองสงบลง ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง เป็นการลดความเครียดที่ได้ผลดีอีกวิธีหนึ่ง (Auerbach & Gramling, 1999) จากการสืบค้นเบื้องต้นมีรายงานการวิจัยที่ศึกษาถึงการใช้เทคนิคผ่อนคลายในสตรีมีครรภ์ ในกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดแล้ว (Janke, 1999; Omer et al., 1986) อย่างไรก็ตามในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดนั้น เมอร์ฟี (Murphy, 1993) เสนอว่าควรเน้นทั้งการป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เนื่องจากหากเน้นเพียงการป้องกันระดับทุติยภูมิ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการดูแลรักษาด้วยการนอนพักในโรงพยาบาลและยาช่วยยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดนั้น มีผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์และสูญเสียค่าใช้จ่ายมาก การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดควรเริ่มที่การเข้าใจสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงและกลไกการเกิดการคลอดก่อนกำหนดอย่างแท้จริง ซึ่งจะช่วยให้ป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องอาศัยทั้งเทคโนโลยีทางสูติศาสตร์ในการประเมินและคัดกรอง รวมทั้งการใช้ความรู้ความสามารถและความร่วมมือจากบุคลากรในทีมสุขภาพหลายสาขาวิชาชีพ (Moizeau, 2003) โดยเฉพาะในบทบาทพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดกับสตรีมีครรภ์ จากการสืบค้นรายงานการวิจัยพบว่ามีส่วนสนใจทำการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิโดยมีรูปแบบที่หลากหลาย

ประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ในการศึกษาวิจัยโดยทั่วไปการประเมินประสิทธิผลของการศึกษาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการวัดผลการจัดกระทำ (intervention) หรือให้โปรแกรมโดยสามารถประเมินผลลัพธ์เป็น 2 ส่วนได้แก่ การประเมินประสิทธิผลของการจัดกระทำนั้น (output) คือการประเมินผลที่ได้หลังจากการจัดกระทำนั้น และการประเมินผลกระทบที่แท้จริงของการจัดกระทำ (impact) เช่น คุณภาพชีวิต หรือ การกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านหลังจากนั้น เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าสนใจแต่การวัดอาจทำได้ยากและมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย (จริยา เลิศอรรมยมณี, ประดิษฐ์ สมประกิจ, และอุบลรัตน์ สันตวัตร, 2545) จากการทบทวนวรรณกรรม พบรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของการคลอดก่อนกำหนดมีการประเมินผลลัพธ์เป็นผลลัพธ์จากการตั้งครรภ์ เช่น อัตรา

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อัตราการคลอดก่อนกำหนด (Collaborative Group on Preterm Birth Prevention, 1993; Heuston et al, 1995) ตัวอย่างเช่นในเรื่องการวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับโปรแกรมการสอนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด มีการประเมินผลลัพธ์ เช่น อัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อัตราการคลอดก่อนกำหนด (Heuston et al, 1995) อัตราการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ เป็นต้น

ในการสืบค้นงานวิจัยเบื้องต้น พบว่าการประเมินผลลัพธ์ในรายงานการวิจัย จะใช้อัตราการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นการแจกแจงจำนวนสตรีมีครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม หรืออัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นการแจกแจงจำนวนสตรีมีครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นข้อมูลไม่ต่อเนื่อง (dichotomous data) แต่ก็พบว่าบางรายงานการวิจัยมีการประเมินผลลัพธ์เป็นอัตราการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ เป็นการประเมินระยะเวลาการตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นที่ประเมินได้ขณะนอนในโรงพยาบาล (Janke, 1999; Omer et al., 1986) ซึ่งเป็นการศึกษาผลของการผ่อนคลายในกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากผู้วิจัยในครั้งนั้นพบว่าในอดีตนงานการวิจัยที่ศึกษาผลของการใช้ยาเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมักใช้เกณฑ์ในการวัดผลลัพธ์เป็นข้อมูล ไม่ต่อเนื่อง เช่น การตั้งครรภ์ที่ยาวนานขึ้น อย่างน้อย 7 วัน ซึ่งการใช้เกณฑ์ในการวัดเช่นนี้ มีความไวไม่พอ (insensitive measure) เช่น ในรายที่ตั้งครรภ์ได้ยาวนานเพิ่มขึ้น 1 สัปดาห์ (7 วัน) ถูกประเมินว่ามีความสำเร็จเท่ากับ คนที่ตั้งครรภ์ได้นาน 14 สัปดาห์ ซึ่ง โอเมอร์ และคณะ (Omer et al., 1986) มีความเห็นว่าเครื่องมือในการวัดผลลัพธ์ควรจะมีค่าไวเพียงพอ จึงได้สร้างเกณฑ์การประเมินใหม่คือ อัตราการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) คือช่วงเวลาตั้งแต่ที่เริ่มทำการรักษาจนคลอดด้วยช่วงเวลาที่รักษาจนถึงวันครบกำหนดคลอด ซึ่งคิดได้เป็นร้อยละของการตั้งครรภ์ที่สามารถยืดออกไปได้ เช่น ในกรณีที่เราเริ่มรักษาแล้วคลอดเลยคือ อัตราการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ เท่ากับ ร้อยละ 0 ถ้าคลอดในระยะเวลา ครึ่งหนึ่งของการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด อัตราการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 50 และถ้าอยู่จนครบกำหนดคลอด อัตราการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์เท่ากับ ร้อยละ 100 นอกจากนี้จากการสืบค้นงานวิจัยเบื้องต้นเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พบว่ามีการประเมินประสิทธิผลจากผลลัพธ์การตั้งครรภ์แล้ว ยังมีผลลัพธ์ในด้านอารมณ์ของสตรีมีครรภ์ เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดอีกด้วย (ทศมา โรจนประดิษฐ์, 2541; Cohen & Wuerker, 2002; Paarlberg et al., 1995)

จากการสืบค้นเบื้องต้นพบว่ายังไม่พบข้อสรุปถึงประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการรวบรวมวิธีการพยาบาลและข้อสรุปประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลที่น่าเชื่อถือจากหลายๆ งานวิจัยโดยใช้แนวคิดการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เห็นภาพรวมของสาระความรู้เกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

แนวคิดการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อสรุป หลักฐานความรู้จากงานวิจัยโดยใช้วิธีการที่เป็นระบบ (Sacket et al., 1996) ซึ่งมีหลายสถาบันทั่วโลกดำเนินการทบทวนงานวิจัยเพื่อให้ได้หลักฐานความรู้และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ผลสรุปรวมทั้งหมดของการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจะทำให้ได้หลักฐานข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และนำไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2001) ซึ่งแนวทางการพัฒนาและควบคุมคุณภาพของสถานบริการด้านสุขภาพได้เน้นการใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้เชิงประจักษ์ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญของการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดยมีนโยบายให้ใช้หลักฐานข้อมูลจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบมาเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยนำหลักฐานข้อมูลที่จัดทำโดยสถาบันคอคแครงคอลล่าโบเรชัน รวบรวมเป็นศูนย์ความรู้สุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ (reproductive health library) และจัดส่งเป็นคู่มือให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศกำลังพัฒนาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (WHO, 2003)

สถาบันคอคแครงคอลล่าโบเรชันเป็นสถาบันที่ดำเนินการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและได้รับความเชื่อถือ เนื่องจากมีระเบียบวิธีวิจัยที่ดีและมีผู้ร่วมพัฒนาจากทั่วโลก (สมเกียรติ โพรธิสสัย และคณะ, 2545) โดยมีขั้นตอนในการทบทวน ได้แก่ การกำหนดคำถาม วัตถุประสงค์ และขอบเขตของการทบทวน การกำหนดคุณสมบัติหรือเกณฑ์สำหรับเลือกและสืบค้นรายงานการวิจัยที่ต้องการทบทวน การสรุปผลการทบทวนและวิเคราะห์ข้อสรุปอย่างเป็นระบบ (Clarke & Oxman, 2003) ในการวิเคราะห์ข้อมูลรายงานการวิจัยที่มีค่าสถิติเพียงพอจะใช้การวิเคราะห์เมตา

เพื่อสรุปข้อมูลความรู้จากหลายงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกันและได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลรายงานการวิจัยที่มีค่าสถิติไม่เพียงพอ สามารถสรุปเชิงบรรยายให้เห็นสาระความรู้ในเรื่องนั้นๆ ได้ (Cook, et al., 1997)

การจัดระดับความเชื่อถือของหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์

ความรู้ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบถือว่าเป็นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ ซึ่งมีการจัดระดับความเชื่อถือไว้หลายแบบ

1. การจำแนกของศูนย์การใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์ ของมหาวิทยาลัยออกฟอร์ด (Oxford Centre for Evidence-based Medicine, 2001) ประเทศอังกฤษ ได้จำแนกระดับความเชื่อถือของหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ ดังนี้

ระดับที่ 1 ความรู้ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีกลุ่มควบคุมและสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง ทั้งหมด

ระดับที่ 2 ความรู้ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลองอย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับที่ 3 ความรู้ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัย โดยจำแนกเป็นระดับย่อยดังนี้

ระดับที่ 3.1 ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่ใช้การสุ่มตัวอย่างเทียม (pseudo-randomized) เช่น การจัดลำดับสลับที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง

ระดับที่ 3.2 ได้มาจากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาติดตามกลุ่มตัวอย่าง (cohort study) มีกลุ่มควบคุม (case control studies) แต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง

ระดับที่ 3.3 ได้มาจากงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างในอดีต (historical control) หรือศึกษาเป็นหลายช่วงเวลา (time series) โดยผู้วิจัยไม่ได้ให้สิ่งที่เป็นปัจจัยทดลอง และไม่มีกลุ่มควบคุม

ระดับที่ 4 ได้มาจากงานวิจัยเชิงพรรณนาหรือได้มาจากการทบทวนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ หรือเป็นการศึกษาเฉพาะกรณี (case series)

2. การจำแนกของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 1999) ของประเทศออสเตรเลีย มีดังนี้

ระดับที่ 1 ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยซึ่งทุกเรื่องเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง

ระดับที่ 2 ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลองอย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับที่ 3 ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระดับย่อย ดังนี้

ระดับที่ 3.1 ได้จากการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม และมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่ดี (well designed controlled study without randomisation)

ระดับที่ 3.2 ได้จากได้จากการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม และมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่ดี แต่เป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort study) หรืองานวิจัยที่ศึกษาจากหลายสถานที่หรือหลายกลุ่มผู้วิจัย (research group)

ระดับที่ 3.3 ได้จากการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม และมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่ดี แต่เป็นวิจัยที่ทำการศึกษาหลายช่วงเวลา (multiple time series) โดยไม่มีการจัดกระทำหรือมีการจัดกระทำแต่ไม่มีการควบคุมกลุ่มทดลอง

ระดับที่ 4 ความรู้ที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบจากการวิจัยเชิงพรรณนา ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการยอมรับ (research authorities) ประสบการณ์ทางคลินิก (clinical experience) หรือรายงานของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ (expert committees)

3. การจำแนกของมหาวิทยาลัยยอร์ก สถาบันทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของมหาวิทยาลัยยอร์ก (Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 2004) ประเทศอังกฤษ ได้จำแนกระดับความรู้ของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

ระดับที่ 1 ได้จากงานวิจัยแบบที่มีกลุ่มควบคุมและสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง

ระดับที่ 2 ได้จากงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (quasi-experimental studies-without randomized)

ระดับที่ 3 ได้จากงานวิจัยแบบมีการสังเกตจากสิ่งที่เกิดขึ้นโดยผู้วิจัยไม่ได้เป็นผู้ให้สิ่งทดลอง (controlled observational studies)

ระดับที่ 3a ได้จากงานวิจัยแบบการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort study)

ระดับที่ 3b ผลรายงานการวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (case control studies)

ระดับที่ 4 ได้จากงานวิจัยแบบสังเกตการณ์ โดยไม่มีกลุ่มควบคุม (observational studies without control group)

ระดับที่ 5 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (expert opinion)

4. การจำแนกของของประเทศสิงคโปร์ การจำแนกระดับหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ของสถาบันสุขภาพ ในประเทศสิงคโปร์ (Singapore Ministry of Health, 2001) มีดังนี้

ระดับที่ 1a ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง ทุกเรื่อง

ระดับที่ 1b ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง อย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับที่ 2 a ได้จากงานวิจัยที่มีการควบคุมที่ดีแต่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (well designed controlled study without randomisation) อย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับที่ 2 b ได้จากงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีการออกแบบงานวิจัยที่ดี (well designed quasi-experimental study) อย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับที่ 3 ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนา ที่ไม่ใช่เชิงทดลองแต่มีการออกแบบงานวิจัยที่ดี (well designed non-experimental descriptive studies) เช่น งานวิจัยแบบพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ (comparative studies) งานวิจัยพรรณนาทำนายปัจจัยเชิงความสัมพันธ์ (correlation studies) และกรณีศึกษา (case studies)

ระดับที่ 4 ได้จากรายงานความคิดเห็น และ/หรือ ประสบการณ์ทางคลินิกจากผู้เชี่ยวชาญ (expert committee)

จากการจำแนกระดับหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากหลายสถาบัน สามารถนำไปจัดระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัยที่นำเข้ามาสู่การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ รวมทั้งจัดระดับความรู้ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบต่อไป ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์จำแนกหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ระดับความน่าเชื่อถือตั้งแต่ ระดับที่ 3.2 จนถึงระดับที่ 2 ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง และงานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง แต่มีกลุ่มควบคุมและมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่ดี นอกจากนี้ยังได้นำงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้าหรืองานวิจัยที่ศึกษาจากหลายสถานที่หรือหลายกลุ่ม ผู้วิจัยนำเข้ามาในการทบทวนงานวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่ดี และเพื่อให้เห็นภาพรวมสาระความรู้เกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ตลอดจนได้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือเหมาะสมในการนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดต่อไป