

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่มีการหดตัวของมดลูกที่เกิดในช่วงอายุครรภ์ 28 สัปดาห์จนถึงอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก โดยได้รับการยืนยันการวินิจฉัยจากแพทย์ และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Lowdermilk & Perry, 2006) หากไม่สามารถยับยั้งได้จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Pillitteri, 2007) ซึ่งทารกแรกเกิดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการตายของทารกปริกำเนิดและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย (Anumba, 2007; Goldenberg, Culhane, Iams, & Romero, 2008) นอกจากนี้ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดยังเป็นสาเหตุหลักของการตายในทารกแรกเกิดได้ถึงร้อยละ 90 (Lowdermilk & Perry, 2006) สำหรับประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2540-2550 พบว่าอัตราตายของทารกปริกำเนิดเท่ากับ 0.49 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คนนั้น มีสาเหตุจากการคลอดก่อนกำหนด (พัญญา พันธุ์บูรณะ, 2552) ส่วนการคลอดก่อนกำหนดซึ่งเป็นผลจากการที่ไม่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้นั้น โดยทั่วไปพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 5 - 13 ของการคลอดทั้งหมด แต่อาจมีอุบัติการณ์แตกต่างกันในแต่ละประเทศ (Iams, Romero, Culhane, & Goldenberg, 2008) ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 12 - 13 ในยุโรปรวมถึงประเทศที่พัฒนาแล้วพบร้อยละ 5-9 (Goldenberg et al., 2008) สำหรับในประเทศไทย อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลศิริราชพบร้อยละ 12.98 (สายฝน ขวาลไพบูลย์, 2552) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่พบร้อยละ 12.00 (หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารก ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551) สำหรับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลน่าน พบร้อยละ 11.55 (กลุ่มงานสูติกรรม-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลน่าน, 2552) จะเห็นได้ว่าในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดที่ค่อนข้างสูง ซึ่งจะนำไปสู่ผลกระทบต่างๆ ได้มากมาย

เนื่องจาก สตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและต้องได้รับการรักษาโดยการให้ยายับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอด

ก่อนกำหนด จึงส่งผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์ รวมทั้งต่อทารกในครรภ์และสมาชิกในครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เช่น สตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยาเทอร์บูทาไลน์ (terbutaline) มีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้สตรีมีครรภ์เกิดอาการต่างๆ เช่น ใจสั่น มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ หงุดหงิด กระจายน้ำ ตื่นเต้น ภาวะครรภ์เป็นพิษ และหายใจไม่เต็มที่เป็นต้น อาจรุนแรงมากจนเกิดภาวะน้ำคั่งในปอด นอกจากนี้ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้ในการดูแลรักษาเช่นเดียวกับมารดาด้วย เช่น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ และทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (วรพงศ์ ภู่งศ์, 2551) นอกจากนี้สตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่ต้องนอนพักบนเตียงเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะก่อนเลือดออกดันทันในหลอดเลือด (Heaman, Blanchard, Gupton, Moffat, & Currie, 2005) ความแข็งแรงของกระดูกลดลง และกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Promislow, Hertz-Picciotto, Schramm, Watt-Morse, & Anderson, 2004) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ สตรีมีครรภ์มีความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด (Maloni, Margervicius, & Damato, 2006) รู้สึกถูกแยกตัวออกจากสังคม (Heaman et al., 2005) กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และกลัวว่าทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากการคลอดก่อนกำหนด และในสตรีมีครรภ์ที่ได้รับยาที่ยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเกิดผลกระทบทางด้านร่างกายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา จะทำให้มีความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดเพิ่มขึ้น (ราตรี ศิริสมบุญ และกาญจนา พิมล, 2552) ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จากการที่สตรีมีครรภ์ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำเป็นต้องหยุดประกอบอาชีพ จะทำให้ขาดรายได้ ในขณะที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน สมาชิกในครอบครัวและคู่สมรส (Maloni, Brezins-Tomasi, & Johnson, 2001)

หากการรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าวไม่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, & Wenstrom, 2007) เนื่องจากทารกในครรภ์มักจะมีขนาดเล็กและน้ำหนักน้อย อาจเกิดการคลอดเฉียบพลัน ทำให้เกิดการฉีกขาดของช่องทางการคลอด และการติดเชื้อ (จิรเนาว์ ทศศิริ, 2545) รวมทั้งทำให้เกิดผลกระทบต่อทารกแรกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นทั้งอัตราการเจ็บป่วยและอัตราตายของทารกแรกเกิด ซึ่งความรุนแรงของผลกระทบต่างๆขึ้นอยู่กับอายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิด (Cunningham et al., 2007) นอกจากนี้ การคลอดก่อนกำหนดยังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดที่รุนแรง เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบาก ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะลำไส้ติดเชื้อ ภาวะปอดอักเสบ การติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะ ชัก (วรพงศ์ ภู่งศ์, 2551) อาจพบความผิดปกติของระบบประสาท (Goldenberg et al., 2008) พัฒนาการทางด้านร่างกายและสมองล่าช้า ความผิดปกติ

ในการมองเห็น และความผิดปกติของระบบการได้ยิน ( Callahan, MacDoman, Rasmussen, Qin, & Lackritz, 2006) โดยเฉพาะทารกแรกเกิดอายุครรภ์น้อยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นเวลานาน ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ( McManemy, Cooke, Amon, & Leet, 2007) ซึ่งเป็นภาระต่อครอบครัวและประเทศชาติ ดังเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมากกว่า 26 พันล้านเหรียญต่อปี (Behrman & Butler, 2007) สำหรับประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดเฉลี่ย 170,000 บาทต่อราย และในแต่ละปีต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่า 2,300 ล้านบาท ในการดูแลรักษาทารกที่เกิดก่อนกำหนด ประมาณ 15,000 ราย ทั้งนี้ ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาทารกต่อเนื่องหากทารกมีความพิการหรือมีพัฒนาการล่าช้า (ธราธิป โคละทัต, 2551) จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดมีมากมายและมีความรุนแรง ทั้งต่อสตรีมีครรภ์ ทารกในครรภ์ และสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดน่าจะเป็นแนวทางแก้ปัญหาเพื่อลดผลกระทบต่างๆดังกล่าวได้

เนื่องจาก สาเหตุที่แท้จริงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่ทราบแน่ชัด (Lowdermilk & Perry, 2006) จึงไม่สามารถป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้โดยตรง แต่มีข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ที่มีผลกระทบรุนแรงต่อสุขภาพมารดา และทำให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ที่จำเป็นต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด (indicated or iatrogenic causes) พบได้ประมาณร้อยละ 25 ของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการตั้งครรภ์ครบกำหนดและก่อนการเจ็บครรภ์ (preterm premature rupture of membranes [PPROM]) เป็นภาวะที่ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามมา พบได้ประมาณร้อยละ 25 ของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 3) ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous preterm labor) พบเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 50 ของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (อุ๋นใจ กอนันตกุล, 2550) นอกจากนี้ ยังมีการสรุปปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบ่งได้เป็น 5 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะประชากร เช่น อายุ น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านการเจริญพันธุ์ เช่น ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการแท้ง และความผิดปกติของมดลูกหรือปากมดลูก เป็นต้น 3) ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เช่น การตั้งครรภ์แฝด การติดเชื้อ ความผิดปกติของทารกในครรภ์ เป็นต้น 4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ความยากจน ความเครียด การถูกกระทำรุนแรง และลักษณะการทำงาน เป็นต้น และ 5) ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด เป็นต้น ( Lindsay, 2004) ปัจจัยเสี่ยง

ดังกล่าว บางด้านไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมได้ แต่สามารถคัดกรองและเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ เช่น ปัจจัยด้านลักษณะ ประชากร ปัจจัยด้านการเจริญพันธุ์ และปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เป็นต้น สำหรับปัจจัยเสี่ยง ด้านพฤติกรรมบางส่วนสามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมได้ เช่น ลักษณะการทำงาน ภาวะ โภชนาการ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด เป็นต้น ( Lowdermilk & Perry, 2006) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เป็นการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดและการลดผลกระทบทั้งจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อน กำหนดได้ (Varma & James, 2004)

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) และการป้องกันระดับ ตติยภูมิ (tertiary prevention) (Khan & Honest, 2007) กล่าวคือ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเบื้องต้น มีเป้าหมายหลักเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่ยังไม่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้ความสำคัญต่อการคัดกรองและเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด ในสตรีมีครรภ์ และ ส่งเสริมให้สตรีมีครรภ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ตลอดจนการ เฝ้าระวังภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับทุติยภูมิ เป็นการ ป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว ทั้งนี้ เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือและยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างทันท่วงที มีเป้าหมายหลัก เพื่อให้สตรีมีครรภ์สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป ช่วยยืดระยะเวลาให้ทารกในครรภ์มีความ สมบูรณ์มากขึ้น หรือจนกระทั่งอายุครรภ์ใกล้ครบกำหนดคลอด เช่น การให้ยาเพื่อระงับการหด ตัวของมดลูก เป็นต้น ส่วนการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับตติยภูมิ มีเป้าหมายหลักเพื่อ ลดผลกระทบที่จะเกิดกับทารกแรกเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด เช่น การบริหารยาสเตียรอยด์ (steroid) เพื่อกระตุ้นการเจริญพัฒนาของปอดทารก เป็นต้น คันนิงแฮม และคณะ ( Cunningham et al., 2007) สรุปไว้ว่าการแก้ปัญหาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดที่ดีที่สุด คือ การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเน้นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง เฝ้าระวัง และ ปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจะสามารถป้องกันและลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้ดีกว่า การดูแลรักษาเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้นแล้ว ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้เกี่ยวกับการ ป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยง ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ โดยให้ความสำคัญต่อการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และ ส่งเสริมให้สตรีมีครรภ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ตลอดจนการเฝ้าระวังภาวะเจ็บครรภ์คลอด

ก่อนกำหนด ทั้งนี้เพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือและยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างทันท่วงที (Freda, 2003)

ปัจจุบันการบริการด้านสุขภาพหรือการปฏิบัติการพยาบาลเน้นการพัฒนาคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพหรือการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการประกันคุณภาพ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) และเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการบริการด้านสุขภาพหรือการปฏิบัติการพยาบาลด้วย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) และมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพหรือการปฏิบัติการพยาบาลยังให้ความสำคัญกับการใช้ผลงานวิจัย (research utilization) หรือการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) โดยมีการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines [CPGs]) ซึ่งเป็นการจัดทำเอกสารขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกของผู้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) ทั้งนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำไปใช้จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกต้องมีความน่าเชื่อถือตามแนวทางการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ (NHMRC, 1999) และก่อนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ต้องมีการคัดกรองและประเมินความน่าเชื่อถือตามแนวทางการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก และความเหมาะสมกับสถานการณ์ที่จะนำไปใช้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหาในคลินิก ลดการปฏิบัติที่หลากหลาย ลดค่าใช้จ่าย และพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพให้ดีขึ้น (จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, 2543) นอกจากนี้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาอย่างเป็นระบบที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้ที่ได้มาจากการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์กับการปฏิบัติสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อช่วยในการปฏิบัติการพยาบาลประสบความสำเร็จได้ หากได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง และมีการวางแผนที่เหมาะสม (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548; Registered Nurse Association of Ontario [RNAO], 2002)

เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการปฏิบัติการพยาบาล ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้สืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด ที่มีการพัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยมือ ซึ่งพบทั้งหมด 6 แนวปฏิบัติ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติทางคลินิก การจัดการทางการพยาบาลของสตรีที่มีการคลอดก่อนกำหนด (The Nursing Management of Women Experiencing Preterm Labor: Clinical Guidelines) ที่พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลอเมริกัน และองค์กรพยาบาลเฉพาะทาง (The American Nurses' Association and Specialty Nursing Organization) (Jones & Collins, 1996) 2) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการเกิดก่อนกำหนด

(Preterm Birth Clinical Practice Guidelines) ที่พัฒนาโดยศูนย์การพัฒนามารดา ทารก และเด็กเล็ก ร่วมกับ สมาคมแพทย์ทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาของประเทศแคนาดา ( Maternal, Newborn & Early Child Development Resource Centre [MNECDRC], and The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada [SOGC]) (MNECDRC & SOGC, 2002) 3) แนวปฏิบัติ การป้องกันและการจัดการคลอดก่อนกำหนด (Tailored Guidelines: Prevention and Management of Preterm Labor) พัฒนาโดยวารสารสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ( Ain Shams Journal of Obstetrics and Gynecology [ASJOG] ) ของประเทศอียิปต์ ( Editorial Board, 2004) 4) แนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพ การป้องกันการเกิดก่อนกำหนด (Health Care Guideline: Preterm Birth Prevention) พัฒนาโดยสถาบันพัฒนาระบบทางคลินิก ( Institute for Clinical Systems Improvement [ICSI] ) ของประเทศอังกฤษ (ICSI, 2004) 5) แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการการคลอดก่อนกำหนด (Clinical Practice Guidelines: Management of Preterm Labor) พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข ของประเทศสิงคโปร์ (Ministry of health [MOH]), 2001) และ 6) แนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ .ศ. 2550 (Clinical Practice Guidelines Management of Preterm Labor 2007) ที่พัฒนาโดยหน่วยสูติกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2550) ผู้ศึกษาได้ทบทวนและวิเคราะห์แนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าว พบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกทั้งหมดมีคุณภาพตามเกณฑ์การประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิก (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2547; Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation [AGREE], 2001) แต่แนวปฏิบัติทางคลินิก 5 แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาโดยสถาบันต่างประเทศไม่เน้นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ แต่เน้นการป้องกันระดับทุติยภูมิ โดยใช้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อดูแลสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้นแล้ว และมีเป้าหมายหลักเพื่อยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด

สำหรับแนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ .ศ. 2550 ที่พัฒนาโดยหน่วยสูติกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2550) มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้และ ขั้นตอนการปฏิบัติ ไว้เป็นแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติ ใ้ได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการกำหนดวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิไว้ อย่างชัดเจน 2 ข้อ คือ เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเพื่อทำนายการตั้งครรภ์ที่อาจจะ มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ และแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้มีการสร้างและพัฒนา โดยทีมสหวิชาชีพ มีการปรับปรุงให้ทันสมัย มีการรายงานหลักฐานเชิงประจักษ์ และจากการที่ถนัดมันท์ ปิ่นล่อม (255 1) ได้ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก นี้โดยใช้เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัย

(AGREE, 2001) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ฉวีวรรณ ชงชัย (2547) พบว่า ในแต่ละหมวดได้คะแนนมากกว่า ร้อยละ 50 แสดงว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้มีคุณภาพหรือคุณสมบัติที่เหมาะสมในการนำไปใช้ (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2549) นอกจากนี้ยังมีขั้นตอนแนวปฏิบัติที่ห้องฝากครรภ์ที่สอดคล้องกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ 3 ส่วน ที่มีรายละเอียดระบุไว้อย่างชัดเจน คือ 1) แนวทางการป้องกันสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มาฝากครรภ์ที่ ห้องฝากครรภ์ 2) ขั้นตอนการปฏิบัติในการป้องกันสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องฝากครรภ์ และ 3) แนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มาห้องฝากครรภ์ รวมทั้ง ยังมีเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ ในขั้นตอนแนวปฏิบัติที่ห้องฝากครรภ์ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ และ 2) แบบบันทึกการสังเกตการหดตัวของมดลูกและอาการผิดปกติ จะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิก นี้มีคุณสมบัติต่างๆ เหมาะสมที่จะนำไปทดลองใช้ในหน่วยงาน ดังเช่น ถนิมพันธ์ ปันล้อม (255 1) ได้นำไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง พบว่า สตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .003$ )

ดังนั้น ด้วยเหตุผลต่างๆดังกล่าวมาแล้วทั้งหมด ผู้ศึกษาจึงสนใจเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ .ศ. 2550 ที่พัฒนาโดยหน่วยสูติกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2550) โดยเฉพาะขั้นตอนแนวปฏิบัติที่ห้องฝากครรภ์ที่สอดคล้องกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ มีรายละเอียดดังกล่าวมาแล้วไปทดลองใช้และประเมินผลลัพธ์หรือประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ สำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยง ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลน่าน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้การดูแลสตรีทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และระยะหลังคลอด และมีตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพของการบริการทางสูติกรรมที่สำคัญ คือ อัตราการตายของทารกปริกำเนิด ภาวะขาดออกซิเจนจากการคลอด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งยังมีอุบัติการณ์สูงกว่าเกณฑ์ชี้วัด และจากผลการวิเคราะห์พบว่าปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุหลักมาจากการคลอดก่อนกำหนดในปี 2552 พบสูงถึงร้อยละ 11.55 (กลุ่มงานสูติกรรม-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลน่าน, 2552) กลุ่มงานสูติกรรม-นรีเวชกรรมได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการปฏิบัติในการดูแลสตรีมีครรภ์สำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดมา โดยตลอดตามข้อมูลจากตำราวิชาการตามสถาบันที่แพทย์หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานสำเร็จการศึกษา

แต่ยังมีการปฏิบัติที่มีความหลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังไม่มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก ที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้สำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงอาจเป็นผล ทำให้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดยังคงสูงอยู่ ดังนั้น หลังการ ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าว สตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกน่าจะเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลน่าน เช่นเดียวกัน กับผลการศึกษาข้างต้นของถนิมพันธ์ ปันล้อม (2551)

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้อย่างมีคุณภาพ ต้องมีการใช้กรอบแนวคิดที่มีขั้นตอน ที่ชัดเจน ง่ายต่อการเข้าใจ และการนำไปปฏิบัติ ผู้ศึกษา จึงเลือกใช้กรอบแนวคิดในการศึกษา ตามขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ (Clinical Practice Guideline Implementation Model) พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลออนทาร์โอ (RNAO, 2002) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก (selecting clinical practice guidelines) มีการสืบค้นจาก ลืออิเล็กทรอนิกส์และจากการตีพิมพ์เผยแพร่ มีการพิจารณาว่าพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือ ไม่ และมีการประเมินคุณภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการนำไปใช้ 2) การระบุ วิเคราะห์ และกำหนดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (identifying, analyzing, and engaging stakeholders) ประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายในองค์กร ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กร และ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร 3) การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน และ บุคลากร (assessing environmental readiness) มีการประเมินหน่วยงานด้านโครงสร้าง วัฒนธรรม การปฏิบัติงาน ระบบการติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนของผู้นำ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติของ กลุ่มเป้าหมายหรือบุคลากรเจ้าหน้าที่ แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากร และความสัมพันธ์ระหว่าง สหวิชาชีพ 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (deciding on implementation strategies) เพื่อส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยมีการกำกับ ติดตามระหว่างการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นระยะ และปรับวิธีการให้เหมาะสมนำไปสู่การใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง 5) การประเมินผลความสำเร็จจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก ไปใช้ (evaluating success) เป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลความสำเร็จของ การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งอาจมีการประเมินผลโครงการโดยรวม การประเมินผล โครงสร้าง การประเมินผลกระบวนการ และการประเมินผลผลลัพธ์ และ 6) การจัดหางบประมาณ หรือแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (preparing for resources required) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จะต้องมีการจัดหางบประมาณ หรือ แหล่งเงินในการสนับสนุน เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามวัตถุประสงค์และแผนที่ตั้งไว้

ผู้ศึกษาเลือกกรอบแนวคิดในการศึกษาตามขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และการประเมินผลลัพธ์ พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลอนุทวีป (RNAO, 2002) มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยง คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลน่าน ซึ่งเน้นการป้องกันระดับปฐมภูมิจากแนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2550 ที่พัฒนาโดยหน่วยสูติกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2550) โดยใช้เฉพาะขั้นตอนแนวปฏิบัติที่ห้องฝากครรภ์ ที่สอดคล้องกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ 3 ส่วน ดังรายละเอียดข้างต้น ผู้ศึกษาคาดว่าหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าว คาดว่า จะทำให้เกิดผลลัพธ์คือ สตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีจำนวนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดน้อยลง นอกจากนี้จะเป็นประโยชน์ช่วยให้สตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถสังเกตอาการและดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สำหรับกลุ่มผู้ดูแลสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลน่าน จะมีแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ร่วมกันทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพเพื่อให้สตรีมีครรภ์ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยง ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลน่าน โดยเปรียบเทียบจำนวนสตรีมีครรภ์ที่เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## สมมติฐานของการศึกษา

สตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลน่าน กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ ( comparative study) โดยศึกษาย้อนหลังและไปข้างหน้าแบบไม่ควบคุมทั้งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (retrospective and prospective uncontrolled before and after intervention study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยง คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลน่าน โดยใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาตามขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลลัพธ์ ที่พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลอนุชาธิโอ (RNAO, 20002) ผู้ศึกษาทำการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงที่ได้รับการดูแลตามปกติ เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2552 และ กลุ่มตัวอย่างสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นการศึกษาไปข้างหน้าระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2553

## นิยามศัพท์

**แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด** หมายถึง ข้อความที่จัดทำอย่างเป็นระบบจาก หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุถึงแนวปฏิบัติเพื่อชี้แนะการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ ในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขณะที่มาฝากครรภ์ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี พ .ศ. 2550 ที่พัฒนาโดยหน่วยสูติกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2550) โดยใช้เฉพาะขั้นตอนแนวปฏิบัติที่ห้องฝากครรภ์ที่สอดคล้องกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระดับปฐมภูมิ

**การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก** หมายถึง กลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ตามกรอบแนวคิดในการศึกษาตามขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ (Clinical Practice Guideline Implementation Model) ที่พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลออนทาร์โอ (RNAO, 2002) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การระบุ วิเคราะห์ และ กำหนดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อม ในหน่วยงานและบุคลากร 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 5) การ ประเมินผลความสำเร็จจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 6) การจัดหางบประมาณ หรือ แหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้

**ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก** หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสตรีมีครรภ์ ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการ ป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยง ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลน่าน และประเมินโดยใช้แบบบันทึกจำนวนสตรีมีครรภ์ที่เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด

**ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด** หมายถึง ภาวะที่มีการหดตัวของมดลูก ซึ่งนำไปสู่ การคลอดที่เกิดในช่วงอายุครรภ์ 28 สัปดาห์จนถึงอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ โดยมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 1 ชั่วโมงร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของ ปากมดลูกโดยมีการเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร หรือปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยได้รับการยืนยันการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าสตรีมีครรภ์เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลน่าน

**สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง** หมายถึง หญิงมีครรภ์อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ถึงอายุครรภ์ น้อยกว่า 37 สัปดาห์ที่มาฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลน่าน และพบความเสี่ยงต่อภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างน้อย 1 รายการในจำนวน 31 รายการตามที่กำหนดไว้ใน แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ ที่พัฒนาโดย หน่วยสูติกรรม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

**การดูแลตามปกติ** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด ตามแนวทางที่ปฏิบัติเป็นประจำ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลน่าน