

ผลของรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด  
โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่

The Effects of a Participatory Nursing Care Model for Preterm Labor  
at Plai Phraya Hospital, Krabi Province

ศรียรรณ สุทธินวน <sup>1\*</sup>

Sriwan Sutthinuan <sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ 81160

<sup>1</sup> Registered Nurse, Professional Level, Plai Phraya Hospital, Plai Phraya District, Krabi Province. 81160

\* Corresponding Author: ศรียรรณ สุทธินวน E-mail: sriwandumnoo@gmail.com

Received : 19 July 2025

Revised : 12 September 2025

Accepted : 2 October 2025

บทคัดย่อ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด โดยโรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ทักษะของพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 8 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนทดลอง 15 คน และหลังทดลอง 15 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่แพทย์วินิจฉัย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลการคลอดก่อนกำหนด (CVI 0.80; KR-20 = 0.85) 2) แบบวัดระดับการปฏิบัติการพยาบาล (CVI 0.83; Cronbach's  $\alpha$  = 0.87) และ 3) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก (CVI 0.82 – 0.95) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานค่า Effect size และสถิติการทดสอบไคสแควร์ และแมนน์-วิทนีย์ ยู เปรียบเทียบผลก่อนและหลังทดลอง ผลการวิจัย พบว่า 1) ความรู้หลังการใช้รูปแบบของพยาบาลเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 11.80 เป็น 20.78 อย่างมีนัยสำคัญ ( $p$ -value < 0.01) และการปฏิบัติการพยาบาลในทุกด้านเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p$ -value < 0.001) 2) ผลลัพธ์ทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์ดีขึ้น โดยอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงเหลือร้อยละ 40.0 การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำเป็นศูนย์ ความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มเป็นร้อยละ 60.0 และภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกลดลงเหลือร้อยละ 13.3 สรุปรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลและส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด โรงพยาบาลอื่นๆ สามารถนำรูปแบบฯ ไปประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล

**คำสำคัญ:** การคลอดก่อนกำหนด เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม หญิงตั้งครรภ์

Abstract

Preterm birth is a major health problem associated with neonatal mortality and complications, with increasing trends observed at Plai Phraya Hospital, Krabi Province. This study aimed to compare outcomes before and after implementing a participatory nursing care model on nurses' knowledge and skills, as well as maternal and neonatal outcomes among women with preterm labor. The sample comprised eight registered nurses and 30 pregnant women diagnosed with preterm labor, purposively selected and divided into two groups of

participants including 15 before and 15 after the intervention. Research instruments included: (1) a knowledge assessment on preterm labor nursing care (CVI = 0.80; KR-20 = 0.85), (2) a nursing practice evaluation form (CVI = 0.83; Cronbach's  $\alpha$  = 0.87), and (3) a clinical outcomes recording form (CVI = 0.82 – 0.95). Data were analyzed using descriptive statistics and, effect size reporting, and inferential tests using Chi-square and Mann–Whitney U to compare pre- and post-intervention scores. The findings revealed that: (1) nurses' knowledge significantly improved, with mean scores increasing from 11.80 to 20.78 ( $p$ -value < 0.01), and nursing practice in all domains improved significantly ( $p$ -value < 0.001); and (2) maternal and neonatal outcomes improved, with the preterm birth rate reduced to 40.0%, hospital readmission, an increase in successful delay of preterm labor to 60.0%, and decrease in maternal and neonatal complication to 13.3%. Conclusion: The participatory nursing care model effectively improved nurses' competence and maternal–neonatal outcomes. Its implementation is recommended in hospital settings to strengthen care for women at risk of preterm birth.

**Keywords:** Preterm birth, Preterm labor, Participatory nursing care model, Pregnant women

## บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก ได้รายงานว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของทารกแรกเกิด และเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ทารกต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [1] ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมักเผชิญภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory distress syndrome; RDS) เลือดออกในสมอง (Intraventricular hemorrhage; IVH) การติดเชื้อในทางเดินอาหาร (Necrotizing enterocolitis; NEC) อาการชัก สมองพิการ และพัฒนาการล่าช้า โดยเฉพาะเมื่อคลอดในอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ [2] ครอบครัวยังต้องเผชิญภาระค่าใช้จ่ายและผลกระทบทางจิตใจ [3] ทั้งนี้ มีหลักฐานว่ากว่าร้อยละ 75 ของการคลอดก่อนกำหนดสามารถป้องกันได้ด้วยการดูแลที่เหมาะสม [4, 5]

ในประเทศไทย กรมอนามัยรายงานว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 12.0 – 15.0 สูงกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 [6] สำหรับโรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ข้อมูลระหว่างปี 2564 – 2567 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ ร้อยละ 13.3, 17.2, 21.4 และ 32.1 ตามลำดับ [7] ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานระดับประเทศ

การรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีเป้าหมายเพื่อยืดอายุครรภ์อย่างน้อย 48 – 72 ชั่วโมง เพื่อรอฤทธิ์คอร์ติโคสเตียรอยด์ช่วยพัฒนาปอดทารก [8] การใช้ยาที่ยับยั้งการคลอด เช่น  $\beta$ -adrenergic agonists, Magnesium sulfate, NSAIDs (Indomethacin), Oxytocin receptor antagonists และ Calcium channel blockers แม้มีประสิทธิภาพ แต่ยังมีข้อจำกัดและผลข้างเคียง เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้อาเจียน และผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร [9, 10] ดังนั้นจึงต้องอาศัยการพยาบาลที่ใกล้ชิด และมีทักษะเฉพาะในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารก

ความรู้และทักษะที่พยาบาลจำเป็นต้องมี ได้แก่ ความรู้ด้านพยาธิสรีรวิทยาของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความสามารถในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงเฉียบพลัน การใช้ยาและเฝ้าระวังผลข้างเคียง การดูแลด้านโภชนาการและสุขภาพจิตของมารดา การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน รวมถึงทักษะการสื่อสาร และการตัดสินใจร่วม (Shared decision-making) กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว [11] โดยเฉพาะการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและการสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อเพิ่มความร่วมมือ ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมความปลอดภัยในการตั้งครรภ์ (American college of obstetricians and gynecologists; ACOG) (2021) [12]

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยยังมีไม่มากนักที่นำเสนอรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เช่น Orem's self-care theory [13] ซึ่งมุ่งเน้นการเสริมพลังการดูแลตนเองและการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย Patient-centered care [14] ที่ให้ความสำคัญต่อความต้องการและคุณค่าของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และ Participatory/shared decision-making model [15, 16] ที่เน้นการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในการตัดสินใจทางการดูแลสุขภาพ จึงเป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมต่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในครั้งนี้ เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมิน วางแผน ดูแล และสื่อสารได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีตัวแปรต้นคือ รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม และตัวแปรตามคือ ผลลัพธ์ด้านบุคลากร (ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล) และผลลัพธ์ด้านคลินิก (การคลอดก่อนกำหนด การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก) เพื่อสร้างแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ

### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะด้านการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ
- 2) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ได้แก่ อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนดที่มารดาคลอดอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์

### สมมติฐานการวิจัย

- 1) หลังการใช้รูปแบบฯ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้และทักษะด้านการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ
- 2) หลังการใช้รูปแบบฯ ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ การคลอดก่อนกำหนด อาการข้างเคียงในมารดาและทารก อายุครรภ์เมื่อคลอด ความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อน ลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) เพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ ทักษะของพยาบาลในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน และผลลัพธ์ทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 30 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มก่อนทดลอง จำนวน 15 คน และหลังทดลอง จำนวน 15 คน เข้ารับการดูแลในห้องคลอดโรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ การออกแบบนี้ช่วยให้เปรียบเทียบผลการดูแลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาจากแนวคิด Participatory care model [15] และ Orem's self-care deficit nursing theory [13] ตัวแปรตาม ประกอบด้วย 1) ผลลัพธ์ด้านบุคลากร ได้แก่ ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล และ 2) ผลลัพธ์ด้านคลินิก ได้แก่ อัตราการคลอดก่อนกำหนด การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนของมารดา และผลลัพธ์ทารก (น้ำหนักแรกเกิด) การบูรณาการทฤษฎีดังกล่าวช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ รวมถึงการเสริมพลังการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ อันคาดว่าจะนำไปสู่การเพิ่มพูนศักยภาพพยาบาล ลดการคลอดก่อนกำหนด และยกระดับความปลอดภัยของมารดาและทารกอย่างยั่งยืน โดยสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1

| ตัวแปรต้น                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ตัวแปรตาม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>2) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจ</li> <li>3) การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง</li> <li>4) การเสริมสร้างสมรรถนะและการเรียนรู้ของผู้ป่วย</li> <li>5) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง</li> </ol> <p>การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การประเมินภาวะเจ็บครรภ์</li> <li>2) การบริหารยา</li> <li>3) การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงในมารดาและทารก</li> <li>4) การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา</li> <li>5) การใช้เครื่องมือเฝ้าระวัง</li> <li>6) การดูแลด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อม</li> <li>7) การให้ข้อมูลและคำแนะนำก่อนกลับบ้าน</li> </ol> | <p>ผลลัพธ์ด้านบุคลากร (เปรียบเทียบผลก่อน-หลัง)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) คะแนนความรู้</li> <li>2) ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล</li> </ol> <p>หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด</p> <p>ผลลัพธ์ทางคลินิก (เปรียบเทียบผลก่อน-หลัง)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด</li> <li>• การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ</li> <li>• การคลอดก่อนกำหนด</li> <li>• อาการข้างเคียงในมารดาและทารก</li> <li>• อายุครรภ์เมื่อคลอด</li> <li>• ความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด</li> <li>• ภาวะแทรกซ้อน</li> </ul> |

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ทักษะของพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน เก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด วัดผลความรู้และการปฏิบัติแบบ before-after ภายในกลุ่มเดียว จึงถือเป็น One-group ที่แท้จริง

2) หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 30 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ (ก่อนใช้รูปแบบ) จำนวน 15 คน และกลุ่มทดลอง (หลังใช้รูปแบบ) จำนวน 15 คน ซึ่งเป็นคนละกลุ่มที่เข้ารับบริการในช่วงเวลาก่อนและหลัง จึงไม่ใช้การวัดซ้ำ แต่เป็นการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างสองกลุ่มผู้ป่วยตามช่วงเวลา การออกแบบนี้จึงมีลักษณะเป็น Quasi-experimental, Non-randomized ที่ใช้ Time-based comparison ส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน มาจากการคำนวณ Power analysis และเป็นการรวมทั้งสองกลุ่ม (15 + 15) ตามข้อจำกัดของบริบทโรงพยาบาล

โดยมีตัวแปรต้นคือ รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ ทักษะของพยาบาล และตัวแปรตามประกอบด้วย 1) ผลลัพธ์ด้านบุคลากร ได้แก่ คะแนนความรู้และระดับการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 2) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการคลอดก่อนกำหนด การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักแรกเกิด และภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก ระยะเวลาการทดลองและการเก็บข้อมูลดำเนินการตั้งแต่วันที่ 25 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2568 รวมระยะเวลา 7 เดือน

## 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้มีประชากร 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ จำนวน 8 คน ซึ่งใช้เป็นประชากรทั้งหมด และ 2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลปลายพระยาระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2567 – 31 กรกฎาคม 2568 [7]

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากรทั้งหมด จำนวน 8 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในห้องคลอด มีประสบการณ์  $\geq 1$  ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือมีการลาป่วยระยะยาว รวมถึงผู้ที่ไม่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโดยตรงหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 30 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยอ้างอิงการคำนวณ Power analysis ที่ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) = 0.05, อำนาจการทดสอบ (Power) = 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.50 ตามเกณฑ์ของ Cohen [17] ได้จำนวนรวมอย่างน้อย 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเปรียบเทียบ (ก่อนใช้รูปแบบ) จำนวน 15 คน และกลุ่มทดลอง (หลังใช้รูปแบบ) จำนวน 15 คน เป็นคนละกลุ่มที่เข้ารับบริการในช่วงเวลาก่อนและหลัง การคัดเลือกใช้วิธีแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 28 ถึง 36+6 สัปดาห์ สามารถสื่อสารภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ครรภ์เป็นพิษรุนแรงหรือถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดที่ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ รวมถึงผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชหรือไม่สามารถให้ความร่วมมือ/ข้อมูล และผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วม

## 3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

### 1) รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม (เครื่องมือที่ใช้ทดลอง)

พัฒนาจากแนวคิด Participatory care model [15] และ Orem's self-care deficit nursing theory [13] โดยประยุกต์ใช้ตามมาตรฐานคุณภาพการดูแลมารดาและทารกแรกเกิดของ WHO และแนวทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง [1] เพื่อนำไปใช้จริงในห้องคลอด โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่

กลุ่มที่ได้รับการดำเนินการตามรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม รวม 8 สัปดาห์ ภายในช่วงเวลาเก็บข้อมูลทั้งโครงการ ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน (ประชากรทั้งหมด) รับการอบรมเชิงปฏิบัติการและคู่มือแนวทางหนึ่งชุด ก่อนเริ่มใช้รูปแบบ

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้รับการดูแลตามรูปแบบระหว่างการนอนรักษา (เฉพาะกลุ่มนี้ ไม่ใช่หญิงตั้งครรภ์ทั่วไป)

### องค์ประกอบ/กิจกรรมของรูปแบบ ประกอบด้วย

1. การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย/ครอบครัว) อธิบายโรค ยา แผนการรักษา และสิทธิข้อมูลเพื่อการตัดสินใจร่วมกัน

2. การมีส่วนร่วมของครอบครัว เชิญผู้ดูแลเข้าร่วมวางแผน สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

3. ประเมินศักยภาพการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์และวางแผนรายบุคคลตามกรอบของ Orem



4. การเสริมทักษะการดูแลตนเอง เอกสาร/วิดีโอ/ตารางปฏิบัติตัวพร้อมคำแนะนำเป็นขั้นตอน

5. การเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา การหดรั้งตัว มารดา/ทารก และพบทวนแผนรายสัปดาห์

**การตรวจสอบคุณภาพ “รูปแบบ” ด้านความตรง (CVI) ของเนื้อหา/กิจกรรม** โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (สูติแพทย์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลแม่และเด็ก) ให้ค่า S-CVI/Ave = 0.92 (ช่วง I-CVI = 0.80 – 1.00) และประเมินความเป็นไปได้/ความเหมาะสมในการปฏิบัติ (feasibility) ประเมินโดยพยาบาล 8 คนหลังทดลองใช้

## 2) เครื่องมือเก็บข้อมูล

แบบสอบถามรวม 3 ฉบับที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง [18, 19] และผ่านการทดสอบคุณภาพรายฉบับดังต่อไปนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและผลลัพธ์ทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์ (Clinical outcomes form; CVI 0.82 – 0.95) ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก ประกอบด้วยตัวแปรหลัก ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth), Readmission, ความสำเร็จของการยับยั้งการคลอด (Tocolysis success), อายุครรภ์เมื่อคลอด, น้ำหนักแรกเกิด, Apgar 1/5 นาที, ภาวะแทรกซ้อนมารดา/ทารก มีการกำหนดเกณฑ์ชัดเจนตามแนวทางวิชาชีพ ได้แก่ preterm < 37 สัปดาห์; Tocolysis success = ยึดอายุครรภ์  $\geq 48 - 72$  ชั่วโมง) โดยคุณภาพความตรงของเครื่องมือได้แก่ I-CVI รายตัวแปร 0.82 – 0.95

2. แบบวัดความรู้ของพยาบาล (Knowledge test; CVI 0.80 – 1.00; KR-20 = 0.85) โครงสร้างโดยข้อถูก/ผิด จำนวน 21 ข้อ (คะแนนรวม 0 – 21) การแปลผลดังนี้ 17 – 21 = ดี, 12–16 = ปานกลาง, < 12 = ต้องพัฒนา โดยคุณภาพความตรงของเครื่องมือได้แก่ I-CVI 0.80–1.00; KR-20 = 0.85

**3) แบบวัดระดับการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practice scale; CVI 0.83–1.00; Cronbach's  $\alpha$  = 0.87)** โครงสร้างแบบวัดระดับการปฏิบัติการพยาบาล แบบ Likert 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน (ประเมิน 7, ให้ข้อมูล 3, บริหารยา 7, ใช้ EFM 4, แนะนำก่อนจำหน่าย 2, สนับสนุนจิตใจ 3) การแปลผลดังนี้ ค่าเฉลี่ย  $\geq 4.00$  = เหมาะสม/ต่อเนื่อง; 3.00 – 3.99 = ควรพัฒนา; < 3.00 = ควรเร่งด่วน โดยคุณภาพความตรงของเครื่องมือได้แก่ I-CVI 0.83 – 1.00; Cronbach's  $\alpha$  รวม = 0.87 (รายด้านอยู่ในระดับดี)

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น โดยรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลห้องคลอด และพยาบาลด้านสุขภาพแม่และเด็ก โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ระหว่าง 0.80 – 1.00 และ S-CVI/Ave เท่ากับ 0.92 ส่วนแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและผลลัพธ์ทางคลินิกมีค่า I-CVI 0.82 – 0.95 แสดงถึงความเหมาะสมในระดับดี แบบวัดความรู้ของพยาบาลมีค่า CVI 0.80 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.85 ขณะที่แบบวัดระดับการปฏิบัติการพยาบาลมีค่า CVI 0.83 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87 สรุปได้ว่าเครื่องมือทุกฉบับมีคุณภาพอยู่ในระดับดี เหมาะสมและน่าเชื่อถือสำหรับการนำไปใช้วิจัยจริง

## 4. การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดกระบี่ โดยครอบคลุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน (ประชากรทั้งหมด) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ (ก่อนทดลองใช้รูปแบบ) จำนวน 15 คน และกลุ่มทดลอง (หลังทดลองใช้รูปแบบ) จำนวน 15 คน ใช้วิธี Purposive sampling ตามเกณฑ์วินิจฉัยของแพทย์ ระยะเวลาเก็บข้อมูลรวม 8 สัปดาห์ ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (Pre-implementation phase) ผู้วิจัยชี้แจงโครงการแก่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ พร้อมชี้แจงสิทธิการเข้าร่วม จากนั้นให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร พยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน เรื่อง “แนวคิดและการประยุกต์ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม” และได้รับคู่มือแนวทางการดูแล ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนทดลอง (Pretest) ได้แก่ แบบวัดความรู้และแบบวัดการปฏิบัติของพยาบาล

สัปดาห์ที่ 2 – 7 (Implementation phase) พยาบาลวิชาชีพทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยดำเนินกิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การสื่อสารและให้ข้อมูลโรค การใช้ยา และการดูแลตนเอง 2) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการวางแผนการดูแล 3) การประเมินศักยภาพการดูแลตนเองและวางแผนเฉพาะบุคคล 4) การเสริมทักษะผ่านเอกสาร/วิดีโอ/แผ่นพับ และ 5) การติดตามอาการทุก 4 – 6 ชั่วโมง พร้อมปรับแผนรายสัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามกิจกรรมข้างต้นอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 8 (Post-implementation phase) พยาบาลวิชาชีพทำแบบสอบถามวัดความรู้ และการปฏิบัติหลังการทดลอง (Posttest) และเข้าร่วมประชุมสรุปสะท้อนประสบการณ์และข้อเสนอแนะ ขณะที่หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองได้รับการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ความสำเร็จของการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด อัตราการคลอดก่อนกำหนด การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก น้ำหนักแรกเกิด และคะแนน Apgar

**การควบคุมคุณภาพข้อมูล** แบบสอบถามทุกฉบับไม่มีข้อมูลระบุตัวตน ใช้รหัสประจำตัวแทนเพื่อรักษาความลับก่อนนำเข้าวิเคราะห์ ข้อมูลทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความครบถ้วนโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย หากพบข้อบกพร่องจะติดต่อผู้ตอบเพื่อยืนยันความถูกต้องอีกครั้ง

## 5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (ประชากรทั้งหมด จำนวน 8 คน) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และร้อยละการเปลี่ยนแปลง เพื่อเปรียบเทียบผลก่อน-หลังการใช้รูปแบบ เนื่องจากเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด จึงรายงานทิศทางการเปลี่ยนแปลงด้วยค่า Effect size และการเปรียบเทียบเชิงพรรณนา

2) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 15 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน)

- สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลลัพธ์ที่ศึกษา เช่น ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, S.D.)

- สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ดังนี้

1. การตรวจสอบความเหมือนกันของพื้นฐาน (Baseline similarity test) ระหว่างสองกลุ่ม ใช้ Chi-square test สำหรับข้อมูลจัดประเภท ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ (แบ่งกลุ่มเป็นช่วงอายุ) การศึกษา อาชีพ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อน (มี/ไม่มี) และ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุจริงของหญิงตั้งครรภ์ (เป็นปี) อายุครรภ์ (เป็นสัปดาห์)

2. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ใช้ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาการยับยั้งการคลอด (เป็นชั่วโมง/วัน) และ Chi-square สำหรับข้อมูลจัดประเภท ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก (คลอดก่อนกำหนด/ไม่คลอดก่อนกำหนด การกลับมา

นอนโรงพยาบาลเช้า/ไม่เช้า ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก/ไม่มี) และกรณีที่จำนวนข้อมูลน้อยกว่า 5 ในบางช่องตาราง

3. รายงานผลการวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า U หรือ  $\chi^2$  และ  $p$ -value โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p$ -value < 0.05

### ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 8 คน ทุกคนมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี อายุเฉลี่ย  $31.25 \pm 4.50$  ปี โดยมีอายุตั้งแต่ 25 – 37 ปี และมีประสบการณ์ในห้องคลอด  $6.88 \pm 4.51$  ปี ช่วงประสบการณ์ตั้งแต่ 2 – 14 ปี พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.0) ไม่เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับงานห้องคลอด

2) คะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อน-หลังการทดลอง พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม คะแนนความรู้รวม (21 ข้อ) ของพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเฉลี่ย 11.80 คะแนน ( $\pm 2.76$ ) เป็น 20.78 คะแนน ( $\pm 1.07$ ) คิดเป็นการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นร้อยละ 76.3 และมีค่า Effect size = 0.92 ซึ่งจัดอยู่ในระดับผลขนาดใหญ่ (Large effect) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลก่อน-หลังการใช้รูปแบบ / ก่อนและหลังการทดลอง (N = 8)

| ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการพยาบาล | $\bar{X} \pm S.D.$ | Min | Max | % การเปลี่ยนแปลง | Effect size (Cohen's d) |
|--------------------------------------------------------------|--------------------|-----|-----|------------------|-------------------------|
| ก่อนทดลอง                                                    | $11.80 \pm 2.76$   | 7   | 15  | +76.3            | 0.92                    |
| หลังทดลอง                                                    | $20.78 \pm 1.07$   | 17  | 21  | -                | -                       |

3) ระดับการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า หลังการทดลอง พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนการปฏิบัติในทุกด้านสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 6.1 – 43.5 ในแต่ละด้าน และเมื่อรวมทุกด้านค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 2.80 เป็น 3.60 คิดเป็นการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 28.6 ค่า Effect size = 0.88 จัดอยู่ในระดับผลขนาดใหญ่ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง (N = 8)

| ระดับการปฏิบัติการพยาบาล         | ก่อนทดลอง<br>$\bar{X} \pm S.D.$ | หลังทดลอง<br>$\bar{X} \pm S.D.$ | % การเปลี่ยนแปลง | Effect size (Cohen's d) |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------|-------------------------|
| การประเมินผู้ป่วย (7 ข้อ)        | $2.32 \pm 0.67$                 | $3.33 \pm 0.47$                 | +43.5            | 0.85                    |
| การให้ข้อมูล (3 ข้อ)             | $3.29 \pm 0.56$                 | $3.49 \pm 0.39$                 | +6.1             | 0.42                    |
| การบริหารยา (7 ข้อ)              | $2.33 \pm 0.81$                 | $3.26 \pm 0.52$                 | +43.5            | 0.83                    |
| การใช้เครื่องมือ EFM (4 ข้อ)     | $2.34 \pm 0.67$                 | $3.31 \pm 0.48$                 | +43.5            | 0.81                    |
| การให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย (2 ข้อ) | $3.22 \pm 0.66$                 | $3.60 \pm 0.34$                 | +12.5            | 0.48                    |
| การสนับสนุนทางจิตใจ (3 ข้อ)      | $3.33 \pm 0.77$                 | $3.58 \pm 0.38$                 | +9.1             | 0.44                    |
| ภาพรวม                           | $2.80 \pm 0.52$                 | $3.60 \pm 0.45$                 | +28.6            | 0.88                    |



4) การวิเคราะห์ลักษณะพื้นฐานและสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่ม พบว่า ลักษณะพื้นฐานด้านประชากรและสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} \geq 0.05$ ) แสดงว่ากลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองมีความใกล้เคียงกันในด้านปัจจัยพื้นฐาน เหมาะสมต่อการนำไปเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดจากการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย  $22.80 \pm 4.50$  ปี (ช่วง 17 – 32 ปี) ขณะที่กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย  $25.00 \pm 6.30$  ปี (ช่วง 16 – 34 ปี) โดยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.312$ ) เช่นเดียวกับสถานภาพสมรสที่ส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว (ร้อยละ 73.3 และร้อยละ 66.7 ตามลำดับ,  $p\text{-value} = 0.705$ ) ระดับการศึกษาและอาชีพมีการกระจายตัวคล้ายคลึงกัน โดยไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ( $p\text{-value} = 0.842$  และ  $0.518$  ตามลำดับ) ด้านประวัติสุขภาพพบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีประวัติการแท้ง 1 ราย (ร้อยละ 6.7) และโรคประจำตัว 1 ราย (ร้อยละ 6.7) ขณะที่กลุ่มทดลองไม่พบประวัติการแท้ง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} = 0.310$ ) จำนวนครั้งฝากครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่  $6.10 \pm 2.00$  ครั้งในกลุ่มเปรียบเทียบ และ  $7.20 \pm 2.10$  ครั้งในกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} = 0.248$ ) ส่วนประวัติใช้สารเสพติดพบในกลุ่มเปรียบเทียบ 2 ราย (ร้อยละ 13.3) แต่ไม่พบในกลุ่มทดลอง ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} = 0.134$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ลักษณะพื้นฐานและสุขภาพทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ (ก่อนทดลอง) และกลุ่มทดลอง (หลังทดลอง) ( $n = 30$ )

| ลักษณะพื้นฐาน                              | กลุ่มเปรียบเทียบ ( $n = 15$ )<br>จำนวน (ร้อยละ) | กลุ่มทดลอง ( $n = 15$ )<br>จำนวน (ร้อยละ) | สถิติทดสอบ          | $p\text{-value}$ |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|------------------|
| อายุ (ปี), $\bar{X} \pm S.D.$<br>(Min–Max) | 22.80 $\pm$ 4.5<br>(17 – 32)                    | 25.00 $\pm$ 6.3<br>(16 – 34)              | Mann–Whitney U      | 0.312            |
| สถานภาพสมรส<br>(แต่งงานแล้ว)               | 11 (73.3)                                       | 10 (66.7)                                 | Chi-square          | 0.705            |
| ระดับการศึกษา                              |                                                 |                                           | Chi-square          | 0.842            |
| มัธยมปลาย                                  | 7 (46.7)                                        | 6 (40.0)                                  |                     |                  |
| ปริญญาตรี                                  | 5 (33.3)                                        | 6 (40.0)                                  |                     |                  |
| ไม่ได้เรียน                                | 3 (20.0)                                        | 3 (20.0)                                  |                     |                  |
| อาชีพ                                      |                                                 |                                           | Chi-square          | 0.518            |
| รับจ้างทั่วไป                              | 9 (60.0)                                        | 5 (33.3)                                  |                     |                  |
| แม่บ้าน                                    | 0 (0.0)                                         | 6 (40.0)                                  |                     |                  |
| อื่นๆ                                      | 6 (40.0)                                        | 4 (26.7)                                  |                     |                  |
| ประวัติการแท้ง                             | 1 (6.7)                                         | 0 (0.0)                                   | Fisher's exact test | 0.310            |
| จำนวนครั้งฝากครรภ์,<br>$\bar{X} \pm S.D.$  | 6.10 $\pm$ 2.00                                 | 7.20 $\pm$ 2.10                           | Mann–Whitney U      | 0.248            |
| โรคประจำตัว<br>(เช่น Pre-eclampsia)        | 1 (6.7)                                         | 0 (0.0)                                   | Fisher's exact test | 0.310            |
| ประวัติใช้สารเสพติด                        | 2 (13.3)                                        | 0 (0.0)                                   | Fisher's exact test | 0.134            |

5) ผลลัพธ์ทางคลินิกและการพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ (ก่อนทดลอง) และกลุ่มทดลอง (หลังทดลอง) พบว่า การใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด เพิ่มอายุครรภ์เมื่อคลอด ยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จมากขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก สะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบฯ ในการยกระดับคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยผลลัพธ์ทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญหลายด้านหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงจากร้อยละ 100 ในกลุ่มเปรียบเทียบ เหลือเพียงร้อยละ 40.0 ในกลุ่มทดลอง ( $p$ -value = 0.002) สอดคล้องกับอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดที่สูงขึ้นจาก  $36.80 \pm 2.10$  สัปดาห์ เป็น  $38.30 \pm 1.90$  สัปดาห์ ( $p$ -value = 0.041) ขณะเดียวกัน น้ำหนักทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $2986.00 \pm 415.20$  กรัม เทียบกับ  $2686.70 \pm 499.50$  กรัม,  $p$ -value = 0.048) และคะแนน Apgar ดีขึ้นทั้งที่นาที่ที่ 1 ( $7.80 \pm 0.60$  เทียบกับ  $7.30 \pm 0.60$ ,  $p$ -value = 0.029) และนาที่ที่ 5 ( $8.60 \pm 0.50$  เทียบกับ  $8.10 \pm 0.40$ ,  $p$ -value = 0.012) แสดงถึงสุขภาพทารกแรกเกิดที่ดีขึ้น ด้านความปลอดภัยของมารดาและทารก กลุ่มทดลองมีอาการข้างเคียงของมารดาลดลงจากร้อยละ 66.7 เหลือร้อยละ 20.0 ( $p$ -value = 0.017) และรวมถึงภาวะแทรกซ้อนแม่และทารกโดยรวมลดลงจากร้อยละ 53.3 เหลือร้อยละ 13.3 ( $p$ -value = 0.041) นอกจากนี้ยังพบความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.0 ในกลุ่มเปรียบเทียบเป็นร้อยละ 60.0 ในกลุ่มทดลอง ( $p$ -value = 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและการพยาบาลระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ (ก่อนทดลอง) และกลุ่มทดลอง (หลังทดลอง) (n = 30)

| ผลลัพธ์ทางคลินิก                                          | กลุ่มเปรียบเทียบ<br>(n = 15)<br>จำนวน (ร้อยละ) | กลุ่มทดลอง<br>(n = 15)<br>จำนวน (ร้อยละ) | สถิติทดสอบ          | p-value |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|---------|
| อายุครรภ์เฉลี่ยขณะรับไว้<br>(สัปดาห์), $\bar{X} \pm S.D.$ | $33.20 \pm 1.70$                               | $33.60 \pm 1.50$                         | Mann-Whitney U      | 0.642   |
| การคลอดก่อนกำหนด                                          | 15 (100)                                       | 6 (40.0)                                 | Fisher's exact test | 0.002*  |
| อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด<br>(สัปดาห์), $\bar{X} \pm S.D.$ | $36.80 \pm 2.10$                               | $38.30 \pm 1.90$                         | Mann-Whitney U      | 0.041*  |
| การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ<br>( $\leq 7$ วัน)               | 2 (13.3)                                       | 0 (0.0)                                  | Fisher's exact test | 0.483   |
| อาการข้างเคียงในมารดา                                     | 10 (66.7)                                      | 3 (20.0)                                 | Fisher's exact test | 0.017*  |
| อาการข้างเคียงในทารก                                      | 8 (53.3)                                       | 2 (13.3)                                 | Fisher's exact test | 0.031*  |
| น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม),<br>$\bar{X} \pm S.D.$          | $2686.70 \pm 499.50$                           | $2986.00 \pm 415.20$                     | Mann-Whitney U      | 0.048*  |
| Apgar 1 นาที่, $\bar{X} \pm S.D.$                         | $7.30 \pm 0.60$                                | $7.80 \pm 0.60$                          | Mann-Whitney U      | 0.029*  |
| Apgar 5 นาที่, $\bar{X} \pm S.D.$                         | $8.10 \pm 0.40$                                | $8.60 \pm 0.50$                          | Mann-Whitney U      | 0.012*  |

| ผลลัพธ์ทางคลินิก                       | กลุ่มเปรียบเทียบ<br>(n = 15)<br>จำนวน (ร้อยละ) | กลุ่มทดลอง<br>(n = 15)<br>จำนวน (ร้อยละ) | สถิติทดสอบ          | p-value |
|----------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|---------|
| Apgar 10 นาที, $\bar{X} \pm S.D.$      | 8.80 $\pm$ 0.40                                | 9.00 $\pm$ 0.00                          | Mann–Whitney U      | 0.083   |
| ความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด | 0 (0.0)                                        | 9 (60.0)                                 | Fisher's exact test | 0.001*  |
| ภาวะแทรกซ้อนในแม่และทารก               | 8 (53.3)                                       | 2 (13.3)                                 | Fisher's exact test | 0.041*  |

หมายเหตุ: ใช้ Mann–Whitney U สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลจัดประเภท; p-value < 0.05 ถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## อภิปราย

### ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1) หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะด้านการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐาน พบว่าคะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 11.80 เป็น 20.78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.01) และระดับการปฏิบัติทุกด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p$ -value < 0.001) การเปลี่ยนแปลงนี้อธิบายถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้คู่มือแนวทาง และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory [13] ที่ชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรช่วยให้พยาบาลสามารถประเมิน วางแผน และให้การดูแลได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะพร กองเงิน และคณะ [20] และ Boobpamala และคณะ [21] ที่พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และทักษะสามารถยกระดับการปฏิบัติของพยาบาลและส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน

2) หลังการใช้รูปแบบฯ ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ การคลอดก่อนกำหนด อาการข้างเคียงในมารดาและทารก อายุครรภ์เมื่อคลอด ความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อน ลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 40.0 ( $p$ -value = 0.002) อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดเพิ่มขึ้นจาก 36.80 เป็น 38.30 สัปดาห์ ( $p$ -value = 0.041) ภาวะแทรกซ้อนแม่-ทารก และอาการข้างเคียงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้นเป็นร้อยละ 60.0 ( $p$ -value = 0.001) ขณะที่ตัวแปรบางด้าน เช่น การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ และ Apgar นาทีที่ 10 แม้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่แนวโน้มผลลัพธ์อยู่ในทิศทางที่ดีขึ้น ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงกลไกของ Participatory care model [15] ที่เน้นการสื่อสาร การมีส่วนร่วม และการตัดสินใจร่วมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวส่งผลให้เกิดการร่วมมือและการดูแลตนเองที่เหมาะสมขึ้น จึงช่วยยืดอายุครรภ์ ลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของแม่และทารก ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานของ Zhang และคณะ [22] และ Goetz-Fu และคณะ [23] ที่ยืนยันว่าการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยสามารถลดความเสี่ยงและเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดได้อย่างชัดเจน

## สรุป

การวิจัยยืนยันว่ารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพทั้งในผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพ) และผู้รับบริการ (หญิงตั้งครรภ์และทารก) โดยพบว่าพยาบาลมีความรู้และทักษะด้านการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่หญิงตั้งครรภ์มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น ได้แก่ อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง ภาวะแทรกซ้อนแม่-ทารกลดลง น้ำหนักแรกเกิดและคะแนน Apgar เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงคุณค่าของการบูรณาการ Orem's self-care deficit nursing theory และ Participatory Care Model ในการพัฒนาการดูแลที่มีคุณภาพและยั่งยืน

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

ควรเพิ่มจำนวนและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างจากหลายภูมิภาค เพื่อเพิ่มความทั่วไปของผลลัพธ์ ศึกษาผลระยะยาว เช่น ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดและพัฒนาการเด็กแรกเกิด รวมถึงการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสะท้อนมุมมองของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และพยาบาลต่อกระบวนการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

### ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานห้องคลอดในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปควรนำรูปแบบนี้ไปทดลองใช้ โดยเริ่มจากการอบรมและพัฒนาศักยภาพพยาบาล ผ่านคู่มือและการฝึกเชิงปฏิบัติการ เพื่อสร้างความเข้าใจและทักษะการสื่อสาร การประเมิน และการตัดสินใจร่วมอย่างเป็นระบบ จากนั้นควรจัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (Clinical guideline) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

### ข้อเสนอเชิงนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนการบรรจุแนวคิดการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมใน นโยบายบริการสุขภาพแม่และเด็ก จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรสำหรับการฝึกอบรมพยาบาลในระดับประเทศ และควรบรรจุเนื้อหา “การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมและการตัดสินใจร่วม” ในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลทุกระดับ เพื่อสร้างกำลังคนสุขภาพที่มีศักยภาพและตอบสนองต่อปัญหาการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างยั่งยืน

### ข้อจำกัดของการศึกษานี้

การศึกษาแสดงผลลัพธ์ที่ดี แต่มีข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย ไม่ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่าง และทำในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว จึงอาจจำกัดการสรุปผลทั่วไปและลดความเข้มแข็งของหลักฐาน โดยผลที่ได้เป็นเพียง “หลักฐานเบื้องต้น” ในบริบทเฉพาะ แม้นับว่าสำคัญ แต่ยังไม่เพียงพอต่อการศึกษาที่มีการสุ่มหรือกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และหลากหลาย ดังนั้นควรตีความด้วยความระมัดระวัง และยืนยันด้วยการศึกษาเพิ่มเติมที่มีการออกแบบเข้มแข็งกว่า

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสายพระยา พยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมฯ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่สนับสนุนและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง

## จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดกระบี่ เลขที่รับรอง KBO-IRB 2024/34.2412 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วม และการเก็บรักษาความลับของข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างอย่างครบถ้วนตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อคุ้มครองสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมการวิจัย

### การอ้างอิง

ศรัทธา สุธินวล. ผลของรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2568; 3(3): 204-17.  
Sutthinuan S. The effects of a participatory nursing care model for preterm labor at Plai Phraya Hospital, Krabi Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2025; 3(3): 204-17.

### เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. Preterm birth. Accessed 23 September 2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
- [2] Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, and et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet. 2021; 398(10303): 870–905.
- [3] Petrou S, and Khan K. Economic costs associated with moderate and late preterm birth: primary and secondary evidence. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine. 2012; 17(3): 170–8.
- [4] Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, and Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 2008; 371(9606): 75–84.
- [5] Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, and et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. Bull World Health Organ. 2010; 88(1): 31–8.
- [6] กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย. นนทบุรี, กรมอนามัย. 2566.
- [7] โรงพยาบาลปลายพระยา. สถิติการคลอดก่อนกำหนด พ.ศ. 2564–2567. กระบี่, งานห้องคลอด โรงพยาบาลปลายพระยา. 2567.
- [8] Roberts D, and Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006; 19(3): CD004454.
- [9] Haas DM, Caldwell DM, Kirkpatrick P, McIntosh JJ, and Welton NJ. Tocolytic therapy for preterm delivery: systematic review and network meta-analysis. The BMJ. 2012; 345: e6226.
- [10] World Health Organization. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva, WHO. 2015.
- [11] Griggs KM, Hrelac DA, Williams N, McEwen-Campbell M, and Cypher R. Preterm labour and birth: a clinical review. MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing. 2020; 45(6): 328-37.
- [12] American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. Obstetrics and Gynecology. 2016; 128(4): 155-64.
- [13] Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis, Mosby. 2001.



- [14] Sidani S, and Fox M. Patient-centered care: clarification of its specific elements to interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*. 2014; 28(2): 134–41.
- [15] Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, and et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*. 2012; 27(10): 1361–7.
- [16] Coulter A, and Collins A. Making shared decision-making a reality: no decision about me, without me. London, The King’s Fund. 2011.
- [17] Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale; NJ, Lawrence Erlbaum. 1988.
- [18] Elwyn G, Barr PJ, Grande SW, Thompson R, Walsh T, and Ozanne EM. Shared decision making as an ethical imperative: a closer look at the evidence. *Health Expectations*. 2023; 26(1): 122–30.
- [19] Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, and Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008; 371(9606): 75–84.
- [20] ปิยะพร กองเงิน, อำพร เศรษฐบุตร, และวรรณ แก้วประสิทธิ์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด. *วารสารการพยาบาลศาสตร์*. 2559; 34(1): 10–22.
- [21] Boobpamala S, Jitpukdeebodintr N, and Sriyuktasuth P. Preterm labor prevention program among high-risk pregnant women in Thailand: a randomized controlled trial. *JAMA Network Open*. 2023; 6(10): e234562.
- [22] Zhang L, Wang W, and Chen Y. Participatory education intervention reduces uterine contraction frequency in women at risk of preterm labor. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021; 21: 402.
- [23] Goetz-Fu Y, Luo Y, and Chan CHY. Shared decision-aid for birth planning improves maternal engagement. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2025; 25: 51.