



## การพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ขวัญจิต เชิงชวน พย.บ.\*  
วิไลรัตน์ จันทาทิพย์ พย.ม.\*\*  
จริญญา บุ่งทอง พย.ม.\*\*

(วันรับบทความ: 4 มกราคม พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 4 มีนาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 7 มีนาคม พ.ศ.2566)

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลศรีสะเกษ ทำการศึกษาาระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงธันวาคม พ.ศ. 2565 ดำเนินการวิจัย 2 ระยะเวลาที่ 1ระยะพัฒนารูปแบบเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 ฉบับ บุคลากรสหวิชาชีพ จำนวน 12 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลแบบสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะเวลาที่ 2 เป็นการนำรูปแบบไปใช้ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทดสอบก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 คน ผู้ดูแลจำนวน 20 คน และบุคลากรสหวิชาชีพ จำนวน 16 คน ระยะเวลาที่ทดลองระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจและแบบวัดความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ครอบครัวและสหวิชาชีพ แบบบันทึกผลลัพธ์ของการพัฒนาการพยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงเนื้อหา สถิติทดสอบ Wilcoxon sign rank test, Mann-Whitney U

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) แผนการดูแล 2) การปฏิบัติการพยาบาล 3) การจัดการรายกรณี 4) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว สามารถยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง ( $W=90, p < 0.01$ ) ยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดเพิ่มขึ้น ( $W=120, p = 0.009$ ) การกลับมารักษาซ้ำลดลง ( $W=90, p < 0.01$ ) ค่ารักษาพยาบาลลดลง ( $W=74, p < 0.01$ ) ความรู้ของพยาบาล หญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลมีความรู้มากกว่าก่อนการอบรมแตกต่างกัน ( $p < 0.05$ ) หญิงตั้งครรภ์ ผู้ดูแล และบุคลากรสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (Mean= 4.68, S.D. = 0.46, Mean= 4.55, S.D. = 0.47 และ Mean= 4.71, S.D. = 0.38) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การจัดการรายกรณี การมีส่วนร่วมของครอบครัว ผลลัพธ์การพยาบาล

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

\*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: kaidao2507@gmail.com Tel: 084-9609101



# Development of Nursing for Pregnant to Preterm Labour, Sisaket Hospital

Khuanjit Cherngchawano B.N.S.\*

Wilairat Chanthathip M.N.S.\*\*

Jarinya Boongthong M.N.S.\*\*

*(Received Date: January 4, 2023, Revised Date: March 4, 2023, Accepted Date: March 7, 2023)*

## Abstract

The aim of this study was to develop a nursing care model and evaluate the nursing outcomes of caring for pregnant women with preterm labor at Sisaket Hospital. The study was conducted from June to December 2022 and was divided into two phases as follows. Phase 1 was a qualitative study consisting of examining the medical records of 20 pregnant women who experienced preterm labor and interviewing 12 randomly selected multidisciplinary staff. The qualitative data were collected using interview forms and analyzed using descriptive statistics and content analysis. Phase 2 was the implementation of the nursing model using a quasi-experimental, one-group, pre and post-test research design. The participants were 20 pregnant women who experienced preterm labor, 20 caregivers, and 16 multi-disciplinary team members. The data on the nursing model was collected from November to December 2022 using the satisfaction questionnaire. Descriptive statistics, content analysis, Wilcoxon sign-rank tests, and Mann-Whitney U tests were used for analysis.

The results showed that the nursing model developed consisted of 1) care planning, 2) care interventions, 3) case management, and 4) family involvement. The program implemented was able to help extend the duration of pregnancy by over 48 hours ( $W=90, p < 0.01$ ), extending the pregnancy from preterm to term labor ( $W=120, p=0.009$ ) and reducing the frequency of revisiting for related treatments ( $W=90, p < 0.01$ ), and decreased medical and nursing care costs ( $W=74, p < 0.01$ ). Upon the completion of the program, the knowledge scores of the nurses, pregnant women and their caregivers were statistically significantly different than prior to participating in the program ( $p < 0.05$ ). The level of satisfaction toward the nursing care model of the pregnant women, caregivers, and multidisciplinary staff were very high and were  $M = 4.68, S.D. = 0.46, M = 4.55, S.D. = 0.47, \text{ and } M = 4.71, S.D. = 0.38$ , respectively.

**Keywords:** Premature labour, Nurse case manager, Family participation, Nursing outcomes

---

\*Registered Nurse (Senior Professional Level), Sisaket hospital

\*\*Registered Nurse (Professional Level), Sisaket hospital

\*Corresponding author, kaidao2507@gmail.com Tel: 084-960910



## บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ เนื่องจากทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) ร้อยละ 50-80<sup>1</sup> และเป็นสาเหตุสำคัญของการตายปริกำเนิดและภาวะทุพพลภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพประชากรของประเทศ<sup>2</sup> จากรายงานขององค์การอนามัยโลก<sup>3</sup> พบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด ทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2021 ร้อยละ 5-18 ประเทศที่มีรายได้ต่ำพบมากถึงร้อยละ 12 สำหรับประเทศไทยมีรายงานข้อมูลการคลอดก่อนกำหนด ปี ค.ศ. 2019-2021 พบร้อยละ 14.54, 12.38 และ 12.47 ตามลำดับ จังหวัดศรีสะเกษพบร้อยละ 10.46, 10.07 และ 10.51 ตามลำดับโรงพยาบาลศรีสะเกษพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.22, 12.15 และ 11.51 ตามลำดับ<sup>4</sup> แม้ว่าจำนวนการคลอดก่อนกำหนดจะลดลงแต่พบว่าโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด<sup>5</sup>

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกผลกระทบที่เกิดขึ้นกับมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการนอนในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด<sup>6,7</sup> เป็นผลให้มารดาเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับทารกที่คลอดก่อนกำหนดพบว่าทารกเสียชีวิต 1 ใน 10 คนมีภาวะหายใจลำบาก ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง โรคปอดเรื้อรัง ภาวะล่าช้าในพัฒนาการล่าช้า<sup>8</sup> นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว เช่น สมรรถภาพหรือความสามารถในการมองเห็นผิดปกติ<sup>9</sup> เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งพบว่าค่ารักษาพยาบาลของทารกแรกเกิดก่อนกำหนด มีค่าเฉลี่ย 200,000 ถึง 300,000 บาท ต่อราย<sup>9</sup>

โรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ให้บริการรักษาพยาบาลโรคที่ซับซ้อนรวมทั้งบริการรับส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีภาวะวิกฤตทางสูติกรรมจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 21 แห่ง หน่วยงานห้องคลอดมีหน้าที่หลักให้บริการหญิงตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง บริการทำคลอดปกติ รวมทั้งให้บริการตรวจรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยการรับไว้ในห้องคลอด เพื่อให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกเพื่อชะลอการคลอดก่อนกำหนด และการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านตามแนวทาง<sup>8,10</sup> จากรายงานข้อมูลห้องคลอดปีงบประมาณ 2562-2564 พบว่าการรับผู้คลอดไว้ในโรงพยาบาลด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีจำนวน 622, 616 และ 569 คน ตามลำดับ จากจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด 5,020, 4,516, 4,205 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 12.39, 13.64 และ 13.53 ตามลำดับ ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้คิดเป็นร้อยละ 57.40, 58.12 และ 56.77ตามลำดับ<sup>11</sup> จากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยการทบทวนเวชระเบียนสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องและการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล พบปัญหาดังนี้ ด้านผู้ให้บริการพบว่าพยาบาลร้อยละ 35.71 มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี ยังขาดประสบการณ์ในการทำงานจากการศึกษาพบว่าประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี มีผลต่อสรรณะของพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 15.50<sup>12</sup> การให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ไม่เพียงพอในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 100<sup>13</sup> ด้านการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า แผนการดูแลไม่มีความเฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่บ้านพบว่า ขาดการนำบุคลากรในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งพบหญิงตั้งครรภ์กลับมารักษาซ้ำร้อยละ 16.48 จากการศึกษาพบว่ามีส่วนร่วมของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 76.10<sup>13</sup> พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และการวางแผนจำหน่ายจากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์มาโรงพยาบาลล่าช้า เนื่องจากไม่ทราบอาการเตือนของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้น ซึ่งการวางแผนการจำหน่ายที่ดี จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้เหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนและการกลับเข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น<sup>14</sup>

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้เป็นรูปธรรม โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการรายการณ์ และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมโดยมี



พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ในการติดต่อประสานงานระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตลอดระยะเวลาที่หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายและใช้แผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตาม Care map ของการจัดการรายกรณีซึ่งประยุกต์ใช้ตามแนวคิดของ Powell<sup>15</sup> และแนวคิดการประเมินผลลัพธ์ของ Donabedian<sup>16</sup> เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน เกิดผลลัพธ์ที่ดี มีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่
  - 2.1 ผลผลิตที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ได้แก่ 1) การปฏิบัติตามการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ความรู้ของพยาบาลเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) ความพึงพอใจของพยาบาลและสหวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
  - 2.2 ผลผลิตที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ได้แก่ 1) ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแล
  - 2.3 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ 1) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2) การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง 3) ค่ารักษาพยาบาล 4) การกลับมารักษาซ้ำ และ 5) การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนด

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้การจัดการรายกรณี (Case management) ประยุกต์ตามแนวคิดของ Powell<sup>15</sup> ร่วมกับทฤษฎีแนวคิดการประเมินผลลัพธ์ของ Donabedian<sup>16</sup> ที่มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานความร่วมมือ ให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ แนวคิดพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วยระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบ และระยะที่ 2 การนำรูปแบบไปใช้ 3) ผลลัพธ์ ประกอบด้วย 1. ผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ได้แก่ 1) การปฏิบัติตามการพยาบาล 2) ความรู้ของพยาบาล 3) ความพึงพอใจของพยาบาลและสหวิชาชีพ 2. ผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ 1) ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแล 2) ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแล 3. ผลลัพธ์ (Outcome) ทางกรพยาบาล 1) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2) ค่ารักษาพยาบาล 3) การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง 4) การกลับมารักษาซ้ำ 5) การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้ (ภาพที่ 1)

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนารูปแบบเป็นวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ และระยะที่ 2 การนำรูปแบบไปใช้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองทดสอบก่อนและหลังการใช้รูปแบบพื้นที่ดำเนินการคือ งานห้องคลอดโรงพยาบาลศรีสะเกษระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

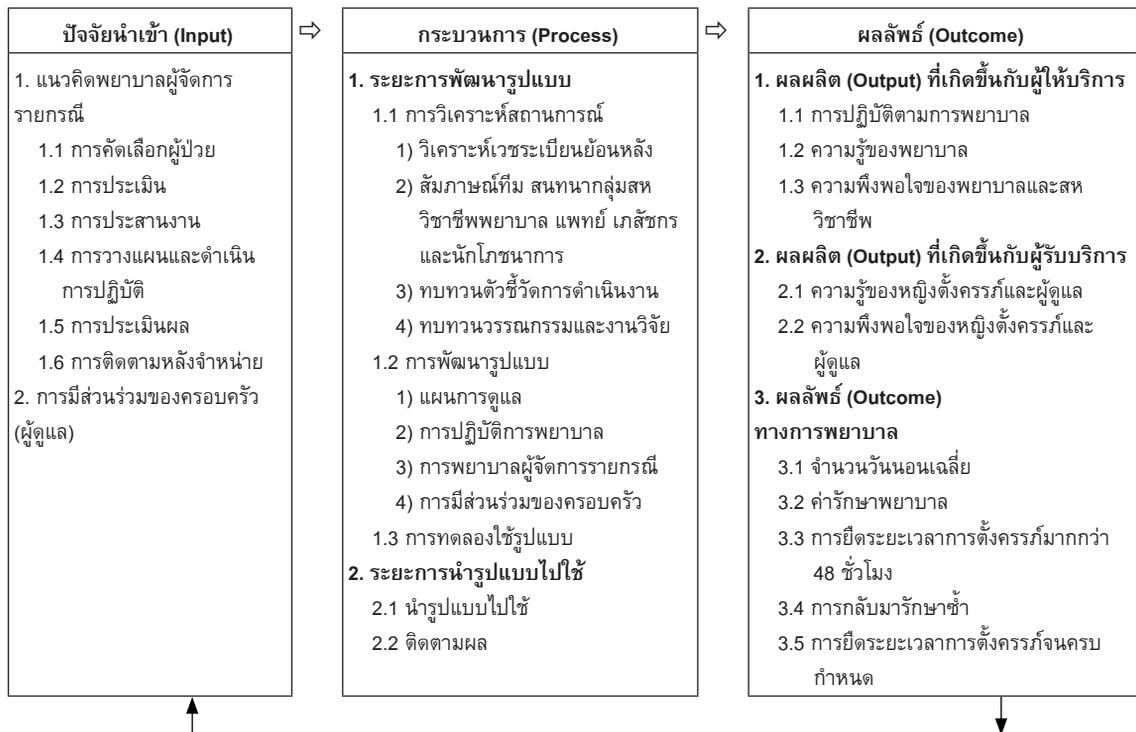
1. กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ  
ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือ

- 1.1 ระยะศึกษาสถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นทีมสุขภาพประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 9 คน สูติ-นรีแพทย์ 3 คนเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าคือ 1) มีประสบการณ์ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ยินดีและสนใจในการให้ข้อมูลและศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ



1.2 ระยะเวลาพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือ ทีมพัฒนารูปแบบประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสูติศาสตร์หรือมีอายุงานมากกว่า 10 ปีจำนวน 3 คน สูติ-นรีแพทย์จำนวน 1 คน เกสัชกรจำนวน 1 คน นักโภชนาการจำนวน 1 คน และทีมผู้วิจัยจำนวน 3 คนรวมทั้งหมด 9 คน ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 ระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 5 คนและผู้ดูแลจำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระยะที่ 2 ระยะเวลาปรับรูปแบบไปใช้

2.1 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมคือ หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทบทวนจากเวชระเบียนระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36<sup>6</sup> สัปดาห์ 2) ตรวจพบอาการแรกรับอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ (1) มีมดลูกหดตัวสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือมดลูกหดตัวมีระยะห่าง ไม่เกิน 8 นาที (2) มีปากมดลูกเปิดขยาย มากกว่า 1 เซนติเมตร (3) มีปากมดลูกบางมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80เกณฑ์การคัดออกคือ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ต้องดูแลอย่างรีบด่วน หรืออยู่ในภาวะวิกฤติใกล้คลอด เช่น มีอาการเลือดออก มีความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 160/110 mmHg 2) ทารกในครรภ์เสียงหัวใจเต้นผิดปกติ

#### 2.2 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง คือ

2.2.1 หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับบริการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย กำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36<sup>6</sup> สัปดาห์ 2) ตรวจพบอาการอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ (ทำการตรวจโดยแพทย์หรือพยาบาล) (1) มีมดลูกหดตัวสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือมดลูกหดตัวมีระยะห่าง ไม่เกิน 8 นาที (ประเมินด้วยเครื่อง Electronic fetal monitoring: EFM นาน 20 นาที) (2) มีปากมดลูกเปิดขยาย มากกว่า 1 เซนติเมตร (3) มีปากมดลูกบาง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 3) ยินยอมให้ความร่วมมือ



ในการวิจัย 4) สัญชาติไทย อ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้ กำหนดเกณฑ์คัดออกดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ต้องดูแลอย่างรีบด่วน เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอดมีความดันโลหิตสูง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power Analysis กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 ( $\alpha=.05$ ) อำนาจในการทดสอบที่ระดับ (Power analysis:  $1-\beta$ )=0.80 วิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่เท่ากับ 0.87 ซึ่งเป็นผลการศึกษาของชวรัตน์ แก้วเวียงเดช<sup>17</sup> ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียวของ Cohen<sup>18</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 18 คนเพื่อป้องกันการสูญหายและการไม่ครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 20 คน

2.2.2 ผู้ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและสูติ-นรีแพทย์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 16 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) ยินดีเข้าร่วมวิจัย 2) ปฏิบัติงานระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2565 3) มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไปเกณฑ์การคัดออกคือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรง

2.2.3 ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดา มารดาสามี ญาติหรือผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขณะรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2) พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับหญิงตั้งครรภ์ 3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย 4) มีสัญชาติไทยอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้เกณฑ์การคัดออกคือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาารูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.1 แบบสัมภาษณ์บุคลากรสหวิชาชีพก่อนการพัฒนาโดยมีประเด็นดังนี้ 1) ปัญหาการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) อุปสรรคระหว่างการดูแลรักษา และข้อเสนอแนะ

1.2 แบบตรวจสอบเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดใช้บันทึกข้อมูลทั่วไป อายุครรภ์เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุครรภ์เมื่อคลอด การศึกษาพยาบาลที่ได้รับ การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอน การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง อายุครรภ์เมื่อคลอด และคำรักษาพยาบาล

1.3 แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกข้อมูลในระยะเวลาพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ขั้นตอนการดูแล บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี บทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมและบทบาทของสหวิชาชีพ

1.4 รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 1) แผนการดูแล 2) การปฏิบัติการพยาบาล 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และ 4) การมีส่วนร่วมของครอบครัว

1.5 เครื่องมือที่ใช้ดูแลตามรูปแบบ ได้แก่ 1) แผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประกอบด้วย 8 กิจกรรม 3) แผนการสอนเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัว 4) คู่มือเรื่องหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

### การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

1. แบบสัมภาษณ์บุคลากรสร้างแนวคำถามแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ว่ามีความเป็นไปได้ เข้าใจคำถามเป็นไปในทางเดียวกันหรือไม่ จำนวน 9 คน พบว่าทุกคนตอบตรงกัน

2. แบบบันทึกภาคสนาม ที่วิจัยเป็นเครื่องมือ มีประสบการณ์ในการให้บริการสุขภาพและสามารถพิจารณาเนื้อหาความรู้ได้โดยรอบความคิดสำหรับการบันทึกภาคสนามได้แก่ รูปแบบการพยาบาล และขั้นตอนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3. รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ 1) แผนการดูแล 2) การปฏิบัติการพยาบาล 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และ 4) การมีส่วนร่วมของครอบครัว

4. เครื่องมือที่ใช้ประกอบการดูแลตามรูปแบบ ได้แก่ 1) แผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) แผนการสอนเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัว 4) คู่มือเรื่องหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด



เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แผนการดูแลหึ่งตั้งครรรค์ที่มีภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนด 2) แผนการสอนเรื่องการดูแลหึ่งตั้งครรรค์ที่มีภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนดและครอบคร้ว 3) คู่มือเรื่องหึ่งตั้งครรรค์ที่มีภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นไปหาความเที่ยงตรง (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านได้ค่า CVI ของแผนการดูแล 0.93 แผนการสอน 0.93 และคู่มือ 0.97 ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสอนการพยาบาลสาขามดุงครรรค์ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุง แก้ไข ก่อนนำไปใช้

#### ระยะที่ 2 ระยะนำรูปแบบไปใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

2.1 แบบบันทึกเวชระเบียนหึ่งตั้งครรรค์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป อายุครรรค์เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุครรรค์เมื่อคลอด การรักษาพยาบาลที่ได้รับ การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนการยี่ระยะเวลาการตั้งครรรค์มากกว่า 48 ชั่วโมง ค่ารักษาพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำ และการยี่ระยะเวลาการตั้งครรรค์จนครบกำหนด

2.2 แบบทดสอบความรู้ของหึ่งตั้งครรรค์และผู้ดูแลเรื่องภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 15 ข้อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนเอกสารวิชาการต่าง ๆ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ = 0 คะแนนการแปลผลคะแนนความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ Bloom<sup>19</sup> ดังนี้ น้อยกว่าร้อยละ 60 ( $\leq 8$  คะแนน) = ความรู้ระดับต่ำร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน) = ความรู้ระดับปานกลางมากกว่าร้อยละ 79 ( $\geq 12$  คะแนน) = ระดับความรู้สูง

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของหึ่งตั้งครรรค์ที่มีภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนดและผู้ดูแลจำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง คำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับโดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว (การให้คะแนนพึงพอใจมากที่สุด = 5 พึงพอใจมาก = 4 พึงพอใจปานกลาง = 3 พึงพอใจน้อย = 2 พึงพอใจน้อยที่สุด = 1) การแปลผลคะแนนความพึงพอใจแบ่งเป็น 5 ระดับตามแนวคิดของ Best<sup>20</sup> ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.4 = พึงพอใจน้อยที่สุดคะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 = พึงพอใจน้อยคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 = พึงพอใจปานกลางคะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 = พึงพอใจมากคะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 = พึงพอใจมากที่สุด

2.4 แบบสอบถามความรู้ของพยาบาลเรื่องการพยาบาลหึ่งตั้งครรรค์ที่มีภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนเอกสารวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบข้อที่ถูกข้อเดียวในหลายคำตอบ (การให้คะแนนตอบถูก = 1 ตอบผิด = 0) คะแนนที่เป็นไปได้คือระหว่าง 0-15 คะแนนคะแนนมากแสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนดมาก การแปลผลคะแนนความรู้ของพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ Bloom<sup>19</sup> ดังนี้ น้อยกว่าร้อยละ 60 = ความรู้ระดับต่ำร้อยละ 60-79 = ความรู้ปานกลางมากกว่าร้อยละ 79 = ความรู้ระดับสูง

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาการพยาบาลหึ่งตั้งครรรค์ที่มีภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนดของพยาบาลและสหวิชาชีพจำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลและสหวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (พึงพอใจมากที่สุด = 5 พึงพอใจมาก = 4 พึงพอใจปานกลาง = 3 พึงพอใจน้อย = 2 และพึงพอใจน้อยที่สุด = 1) การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับตามแนวคิดของ Best<sup>20</sup> ดังนี้คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 = พึงพอใจน้อยที่สุดคะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 = พึงพอใจน้อยคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 = พึงพอใจปานกลางคะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 = พึงพอใจมากคะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 = พึงพอใจมากที่สุด

2.6 แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลตามแผนการพยาบาลหึ่งตั้งครรรค์ที่มีภาวะเจ็บครรรค์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 8 กิจกรรมดังนี้ 1) การพยาบาลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจำนวน 12 ข้อ 2) การพยาบาลยับยั้งการหดตัวมดลูก จำนวน 8 ข้อ 3) การพยาบาลส่งเสริมภาวะโภชนาการจำนวน 8 ข้อ 4) การพยาบาลลดความวิตกกังวลหึ่งตั้งครรรค์และครอบคร้วจำนวน 8 ข้อ 5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจำแนกเป็น 5.1) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยายับยั้งการหดตัวมดลูกจำนวน 7 ข้อ 5.2) เฝาระวังภาวะ



แทรกซ้อน การติดเชื้อฉวยโอกาสจำนวน 8 ข้อ 5.3) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ตกเลือดก่อนคลอดจำนวน 4 ข้อ 5.4) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจำนวน 5 ข้อ 6) การพยาบาลคลอดก่อนกำหนดที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จำนวน 3 ข้อ 7) การพยาบาลวางแผนจำหน่ายจำนวน 12 ข้อ 8) การพยาบาลติดตามภายหลังจำหน่ายจำนวน 11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ (การให้คะแนนปฏิบัติทุกครั้ง = 2 ปฏิบัติบางครั้ง = 1 ไม่ได้ปฏิบัติ = 0) การแปลผลการปฏิบัติของพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best<sup>20</sup> ดังนี้ น้อยกว่าร้อยละ 60 (1 - 1.66) = ระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 (1.67 - 2.32) = ระดับปานกลาง มากกว่าร้อยละ 79 (2.33 - 3.00) = ระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content of validity index: CVI) ในด้านความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูติ-นรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาผดุงครรภ์ 2 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงสาขาผดุงครรภ์ 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติงานห้องคลอด 1 ท่าน ขั้นที่ 1 นำแบบสอบถามการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพร้อมโครงร่างวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน พิจารณาความสอดคล้อง ความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินข้อคำถามแต่ละข้อแล้วให้คะแนนเป็น 4,3,2,1 (4 = เกี่ยวข้องมากที่สุด, 3 = เกี่ยวข้องมาก, 2 = เกี่ยวข้องน้อย, 1 = ไม่เกี่ยวข้องเลย) ขั้นที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็นขั้นที่ 3 รวมจำนวนข้อคิดเห็นที่ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 การหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาหาค่า CVI ได้ดังนี้ แบบสอบถามความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัว เท่ากับ 1 แบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัวเท่ากับ 1 แบบสอบถามความรู้ของพยาบาลเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับ 0.98 และมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำมาใช้ แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับ 0.97 และมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำมาใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลและสหวิชาชีพต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับ 1

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 30 รายโดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ Cronbach's coefficient alpha<sup>18</sup> ได้ดังนี้ แบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัว เท่ากับ 0.9 แบบสอบถามความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัววิเคราะห์ด้วยสถิติ Kuder-Richardson (KR-20)<sup>21</sup> ได้เท่ากับ 0.8 และกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำนวน 30 คน ดังนี้ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลและสหวิชาชีพต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับ 0.93 แบบสอบถามความรู้ของพยาบาลเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เท่ากับ 0.86

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 3.1 ระยะพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

3.1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ 1) ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ทบทวนเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 3) สัมภาษณ์บุคลากรที่สหวิชาชีพ เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3.1.2 พัฒนารูปแบบการพยาบาล บันทึกข้อมูลภาคสนามจากการประชุมของทีมนักวิชาชีพเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ 1) แผนการดูแล 2) การปฏิบัติการพยาบาล 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และ 4) การมีส่วนร่วมของครอบครัว

#### 3.1.3 ตรวจสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดดังนี้

1) ประชุมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน แนวทางการรายงานเมื่อเกิดปัญหา อุปสรรค และเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้สอบถามข้อเสนอแนะ เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย



2) จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทำแบบทดสอบความรู้ และทักษะของพยาบาลก่อนและหลังการอบรม

3) ทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่มารับบริการในห้องคลอด

### 3.2 ระบุรูปแบบไปใช้

#### 3.2.1 ดำเนินการทดลอง ดังนี้

**ระยะที่ 1** ดำเนินการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ เชิญเข้ากลุ่มทดลองโดยอธิบายเพื่อขอคำยินยอมร่วมโครงการวิจัย เป็นการขอคำยินยอมจำนวน 16 คน ประกอบด้วยพยาบาลยินยอม 11 คน แพทย์ยินยอม 5 คน รวมมีผู้ยินยอม 16 คน จากนั้นเก็บข้อมูล Pre-test และดำเนินการอบรมให้ความรู้เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเก็บข้อมูล Post-test หลังสิ้นสุดการดำเนินการตามแผนการอบรม

**ระยะที่ 2** ดำเนินการนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและผู้ดูแลโดยดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1) คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่ออาสาสมัครยินยอม ผู้วิจัยจึงเข้าพบโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้ ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และหากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2) คัดเลือกผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังจากหญิงตั้งครรภ์ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับกรวิจัย และสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และหากผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

3) ผู้วิจัยหรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณีนำรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปใช้ประกอบด้วย

(1) การปฏิบัติตามแผนการดูแล 6 ขั้นตอนดังนี้ 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมิน 3) การประสานงาน 4) การวางแผนและดำเนินการปฏิบัติ 5) การประเมินผล และ 6) การติดตามหลังจำหน่าย

(2) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) การพยาบาลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ 2) การพยาบาลยับยั้งการหดตัวมดลูก 3) การพยาบาลป้องกันภาวะแทรกซ้อน 4) การพยาบาลส่งเสริมภาวะโภชนาการ 5) การพยาบาลลดความวิตกกังวลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว 6) การพยาบาลวางแผนจำหน่าย 7) การพยาบาลคลอดก่อนกำหนดที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และ 8) การพยาบาลติดตามภายหลังจำหน่าย

**ระยะที่ 3** ติดตามผลผลิต และผลลัพธ์ดำเนินการติดตามผลผลิตและผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้นดังนี้

1) ผลผลิตที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ความพึงพอใจของพยาบาลและสหวิชาชีพ

2) ผลผลิตที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ได้แก่ ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและผู้ดูแล ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและผู้ดูแล

3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง ค่ารักษาพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำ และการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนด



#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ระเบียบวิธีวิจัยแบบ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการวิเคราะห์เนื้อหาการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยการนำเสนอข้อมูลแบบบรรยายและสรุปเป็นประเด็น

4.2 ระเบียบวิธีวิจัยแบบไปใช้ ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

4.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์การพัฒนากายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้ 1) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนา ภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย การยี้ระยะเวลาการตั้งครรรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง การกลับมารักษาซ้ำ การยี้ระยะเวลาการตั้งครรรภ์จนครบกำหนดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยสถิติ Mann-Whitney U-test ทดสอบการแจกแจงข้อมูลโค้งปกติด้วย Kolmogorov & Smirnov

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่จริยธรรมวิจัย 063/65 และผู้วิจัยได้คำนึงถึงการดำเนินการบนพื้นฐานของจริยธรรมในงานวิจัย 3 ด้าน คือ การเคารพในตัวตน ผลประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่ออาสาสมัคร และหลักของความยุติธรรม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบทุกประเด็น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น

#### ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ 20 ราย ส่วนใหญ่ตั้งครรรภ์ครั้งแรกร้อยละ 50 มีอายุครรรภ์เฉลี่ย 33.40 สัปดาห์ ฝากครรรภ์คลินิกร้อยละ 40 ฝากครรรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 70 โดยเฉลี่ยฝากครรรภ์ครั้งแรก 14.30 สัปดาห์ การศึกษาจบระดับประถมศึกษาร้อยละ 70 อาชีพค้าขายร้อยละ 35 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 25,300 บาทต่อเดือน บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักเป็นสามีร้อยละ 55 และมีภาวะเสี่ยงเจ็บครรรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 85

2. รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรรภ์คลอดก่อนกำหนดประกอบด้วย 1) แผนการดูแล (Care Map) ประกอบด้วยขั้นตอนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแล 2) การปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 4) การมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการให้ความรู้บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล มีส่วนร่วมรับคำแนะนำการปฏิบัติตัวดูแลตนเองที่บ้านใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

#### 3. ผลลัพธ์

3.1 ผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ

การปฏิบัติการพยาบาล พบว่าการปฏิบัติของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ภายหลังจากอบรมพยาบาลมีความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.54 เป็น 14.72 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างโดยสถิติ Wilcoxon sign rank test พบว่า ความรู้ก่อนและหลังการอบรมของพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นของพยาบาลและสหวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.71, S.D. = 0.38)

3.2 ผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลภายหลังได้รับความรู้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.85 เป็น 12.35 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างโดยสถิติ Wilcoxon sign rank test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .002$ ) ส่วนผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 9.20 เป็น 11.50 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .002$ ) (ตารางที่ 1) ระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแล อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.68, S.D. = 0.46 และ (Mean = 4.55, S.D. = 0.47)



### 3.3 ผลลัพธ์ (Outcome) ทางกายภาพ

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 2.6 (S.D. = 1.75) มากกว่าก่อนการพัฒนาที่มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนเท่ากับ 2.30 (S.D. = 0.80) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ( $p > .05$ ) ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 4,749.05 (S.D. = 1,499.94) น้อยกว่าก่อนการพัฒนาที่มีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 8,502.8 (S.D. = 4503.01) เมื่อเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (ตารางที่ 2) การยืดระยะเวลาการตั้งครุฑมากกว่า 48 ชั่วโมงหลังการพัฒนาร้อยละ 90 ก่อนการพัฒนาร้อยละ 40 ( $Z = 3.667$ ) การกลับมารักษาซ้ำหลังพัฒนาร้อยละ 10 ขณะที่ก่อนการพัฒนาร้อยละ 65 ( $Z = 3.547$ ) การยืดระยะเวลาการตั้งครุฑจนครบกำหนดหลังการพัฒนาร้อยละ 85 ก่อนการพัฒนาร้อยละ 45 เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U พบว่า ก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 1** คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัว ก่อนและหลังการอบรม

ความรู้	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		Z	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
พยาบาล	10.54	1.96	14.72	0.46	-2.947	0.003
หญิงตั้งครรภ์	10.85	2.13	12.35	0.98	-3.095	0.002
ครอบครัว (ผู้ดูแล)	9.20	2.94	11.50	1.43	-3.138	0.002

**ตารางที่ 2** จำนวนวันนอนเฉลี่ย และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการพัฒนา

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการพัฒนา (n=20)		หลังการพัฒนา (n=20)		Mann-Whitney U	Z	P-value
	Mean	SD	Mean	SD			
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	2.30	0.80	2.6	1.75	199.0	-0.033	0.973
ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย	8502.8	4503.01	4749.05	1499.94	74.00	-3.409	<0.001*

**ตารางที่ 3** ผลลัพธ์การพัฒนากายภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการพัฒนา

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการพัฒนา (n=20)		หลังการพัฒนา (n=20)		Mann-Whitney U	Z	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การยืดระยะเวลาการตั้งครุฑมากกว่า 48 ชั่วโมง	8	40	18	90	90.00	-3.667	<0.001
การกลับมารักษาซ้ำ	13	65	2	10	90.00	-3.547	<0.001
การยืดระยะเวลาการตั้งครุฑจนครบกำหนด	9	45	17	85	120.00	-2.619	0.009

### การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่องการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาอภิปรายดังนี้

1. การพัฒนากายภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในงานห้องคลอดผลลัพธ์ของการพัฒนาในครั้งนี้ยืนยันประสิทธิผลการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ปัจจัยสำเร็จคือการใช้แผนการดูแล (Care Map) ตามกระบวนการจัดการรายกรณีซึ่งมี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ 2) การประเมินภาวะสุขภาพ



3) การประสานงานความร่วมมือทีมสหวิชาชีพ 4) การวางแผนและดำเนินการปฏิบัติตามแผน 5) การประเมินผลการดูแล 6) การติดตามหลังจำหน่าย ร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกิจกรรมรับคำแนะนำก่อนจำหน่ายกลับบ้านเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นที่ปรึกษาแก้ไขปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของพรสิริ เสนอธีริและคณะ<sup>22</sup> ซึ่งได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง การประสาน การใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย การติดตามดูแลต่อเนื่อง และการให้ความรู้สำนึกและญาติมีส่วนร่วมพบว่า สามารถยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมงและยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประเมินวางแผนประสานงานตามแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรและสหวิชาชีพส่งผลต่อการประสานการดูแลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีมีคุณภาพ<sup>23</sup>

## 2. การประเมินผลลัพธ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า

### 2.1 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการรายกรณี มีจำนวนวันนอน (Mean = 2.6 , S.D. = 1.75) มากกว่าก่อนการพัฒนา (2.30, S.D. = 0.80) การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นร้อยละ 40 (W = 90,  $p < .001$ ) การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดเพิ่มขึ้นร้อยละ 85 (W = 120,  $p < .009$ ) ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เกิดคุณภาพการบริการที่ดีสามารถยืดอายุครรภ์ได้ มากกว่า 48 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น ยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดได้เพิ่มขึ้นทำให้วันนอนเพิ่มขึ้น<sup>22</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของพรสิริ เสนอธีริ และราตรี โทศลจิต<sup>24</sup>

2. การกลับมารักษาซ้ำใน 7 วันหลังการพัฒนาพบร้อยละ 10 (W = 90,  $p < .001$ ) แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกระบวนการที่พัฒนาขึ้นกลับมารักษาซ้ำลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ Granata<sup>26</sup> ที่ศึกษาการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีซึ่งพบว่า การใช้กระบวนการจัดการรายกรณีสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้ ร้อยละ 24.2

3. ค่ารักษาพยาบาลหลังการพัฒนา (Mean = 4,749.05, S.D. = 1,499.94) แตกต่างจากค่ารักษาพยาบาลก่อน การพัฒนา (Mean = 8,502.8, S.D. = 4,503.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (W = 74,  $p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของอุไร ดวงแก้ว และอภิญา จำปามูล<sup>27</sup> ผลการศึกษาพบว่าค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องจาก การจัดการรายกรณีตามแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแล และอาจเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาเมื่ออายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์หรือร้อยละ 55 ซึ่งกลุ่มดังกล่าวจะไม่ได้รับยาที่ยั้ง การคลอดตามแนวปฏิบัติทำให้มีค่ารักษาพยาบาลลดลง

### 2.2 ผลผลิตที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำและปานกลางร้อยละ 60 หลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีมีความรู้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 80 สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนารักษ์ จีระวัฒน์<sup>28</sup> ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยผลการศึกษาพบว่าก่อนได้รับการดูแลมีความรู้ร้อยละ 26.66 หลังจากที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีมีความรู้ร้อยละ 96.30 และสอดคล้องกับการศึกษาของอัสมะ จารูและคณะ<sup>13</sup> ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการรับรู้ภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 34



ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลต่อรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 4.68 และ 4.55 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาแต่ละรายและได้รับการวางแผนการดูแลตามความต้องการอย่างรวดเร็ว ทำให้หญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจสอดคล้องกับการศึกษาของ Gregoire<sup>29</sup> พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดบริการรูปแบบการจัดการรายกรณีในระดับสูงร้อยละ 93 เนื่องจากได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาวิชาชีพ

### 2.3 ผลผลิตที่เกิดขึ้นกับพยาบาล

พยาบาลมีความรู้และทักษะในการจัดการรายกรณีเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนการอบรมมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.5 หลังการอบรมมีความรู้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้พบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = 2.947, p < .003$ )

ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.71, S.D. = 0.38) ทั้งนี้อาจเนื่องจากรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีพยาบาลจัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับสหวิชาชีพในการช่วยเหลือและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความพึงพอใจของบุคลากรสหวิชาชีพเพิ่มขึ้น ซึ่งคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงทุกด้านโดยการได้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.88, S.D. = 0.34) ทีมสหวิชาชีพมีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และติดตามแผนการดูแลเป็นระยะจึงทำให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดสอดคล้องกับการศึกษาของคณิงจ ศิริษะโคตร<sup>30</sup> ที่ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกที่รับยาลดไขมันเลือดผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 90 และมีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 92

## สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นที่พัฒนามาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาสูติกรรมร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ทำให้มีการปฏิบัติการพยาบาลไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ต่อเนื่องตามแผนการดูแล

## ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริการสุขภาพ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรมีการเตรียมความพร้อมและให้ความรู้บุคลากรทีมสุขภาพในหน่วยงาน ในรูปแบบการพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จากผู้ที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญชำนาญมากกว่า เพื่อให้เกิดการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีอย่างยั่งยืนและมีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาการพยาบาลทางคลินิกไปเป็นแนวทางการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยให้มากขึ้น เพื่อให้ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลสามารถใช้สถิติอ้างอิงได้ และควรมีการศึกษาระยะยาวให้ครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระยะจำหน่ายกลับบ้าน และการฝากครรภ์ต่อเนื่อง จนกระทั่งคลอด

### ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถใช้กับหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกคนได้ เนื่องจากมีเกณฑ์การคัดเข้าเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาเพื่อยับยั้งการคลอด และเกณฑ์คัดออกเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีการดำเนินการคลอด ในการวิเคราะห์สถิติผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่าง ๆ ได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย แต่การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้สถิติ Non parametric มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล



2. หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการดูแลจากพยาบาลที่แตกต่างกันอาจมีผลต่อความรู้และความพึงพอใจ แต่ผู้วิจัยได้จัดกระทำอย่างรอบคอบแล้ว โดยพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากที่มบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลศรีสะเกษขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและผู้ดูแลตลอดจนผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลศรีสะเกษและทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

### References

1. Wanapirak C, Tongsong T. Preterm labour. In :Tongsong T, editors. Obstetrics, 5<sup>th</sup> ed. Patumthani : P.B. For Book; 2012. p.221-8.(in Thai)
2. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Prediction and prevention of spontaneous preterm birth: ACOG practice bulletin, number 234. Obstetrics and Gynecology 2022;138(2),e65-90.
3. World Health Organization. Preterm birth [Internet] 2022 [Cited 2022 June 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth-babies>,preterm
4. Ministry of Public Health. Health data center report [Internet]. 2022 [Cited 2022 June 10]. Available from:<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
5. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Indicators Ministry of Public Health [Internet] 2022 [Cited 2022 June 10]. Available from: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/KPITemplate\\_MOPH](http://bps.moph.go.th/new_bps/KPITemplate_MOPH) (in Thai)
6. Wade EE, Byers JG, Thagard AS. The state of the science of preterm birth: assessing contemporary screening and preventive strategies. J Perinat Neonatal Nurs 2020;34(2):113-24.
7. Griggs KM, Hrelc DA, Campbell MM, Cypher R. Preterm labor and birth : a clinical review. MCN 2020;45(6):328-37.
8. The Royal Thai College of Obstetrics and Gynaecologists. Clinical practice guideline by the Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists,3<sup>rd</sup>ed. Bangkok: P.A. Living; 2022. P. 227-51. (in Thai)
9. Jin JH, Lee SA, Yoon SW. Medical utilization and costs in preterm infants in the first 6 years of life after discharge from neonatal intensive care unit: a nationwide population-based study in korea. J Korean Med Sci 2022;37(12):1-11.
10. Olivier a VC, Sousa IS, Jansen RC, Nogueira MR, Solva IC, Sabina LM. Systematization of nursing care to a patient in premature labor. RavEnfermAtual In Derme 2020;96(37):1-10.
11. Sisaket Hospital. Medical records of Sisaket Hospital. Sisaket: Maternity Nursing Working Group Sisaket Hospital; 2022.(in Thai)
12. Sinwisarn N, Wasinee W. Relationships between working experiences, educational training, emotional intelligence, working environment, and nurse competency in cardiothoracic surgical ward, the tertiary hospitals. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2020;30(1):46-59.(in Thai)
13. Jaru A, Chatchawe W. Factors predicting self-care behaviors among pregnant women with successful Inhibition of preterm labor. Songklanagarind Journal of Nursing 2019;39(1):79-92.(in Thai)



14. Waichompu N, Kunghauy A. Development of a discharge planning model for pregnant women with preterm labour pain. *Sc-Net* 2015;2(3):114-28.(in Thai)
15. Powell SK, Tahan HA. Case management: a practical guide for education and practice, 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
16. Donabedian A. Selecting approaches to assessing performance: an introduction to quality assurance in health care. New York: The American University of Armenia Corporation; 2003.
17. Kaewveingdach C, Vorapoo B, Naosrisorn P, Meekaew W, Thonguntang C. Development of a discharge planning model for pregnant women with preterm labor, Amnatcharoen Hospital. *JAHS SSRU* 2021;6(1):77-89. (in Thai)
18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2<sup>nd</sup> ed. New York : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
19. Bloom BS, Madaus GF, Hasting JT. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York : McGraw-Hill; 1971.
20. John WB, Jame VK. Research in education. 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey : Prentice Hall Englewood Cliffs ;1977.
21. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
22. Senthiri P, Srisong S, Pomprakai R, Permchat M. Development of the nursing model for pregnant women to prevent preterm labour. *Journal of Nursing and Health Care* 2016;34(2):164-73.(in Thai)
23. Muangin W, Akarawanasakun B, Wongkaew O, Mongkhonittivech N. Outcomes of nursing clinical practice guideline development for septic shock in medical intensive care unit at Chiang RaiPrachanukroh Hospital. *Journal of Nursing Science & Health* 2020;43(1):97-108. (in Thai)
24. Kosonjit R, Noimuenwai P. Effectiveness of case management in patients with diabetic mellitus at Pak Phli Hospital, NakhonNayok Province. *Nursing J* 2017;44(1):26-38. (in Thai)
25. Chojjorhor R, Serisathien Y, Ratinthorn A, Kovavisarach E. The effects of nursing therapeutics on preventive management of preterm labor, readmission and gestational age at birth in pregnant women with preterm labor. *J NursSci* 2009;27(2):39-48.(in Thai)
26. Granata D, Kendra M, Chiu SH. A case manager-led pneumonia care bundle in a Subacute Rehabilitation Facility. *Prof CaseManag* 2022;28(2):55-9.
27. Duangkaew A, Jumpamool A. Effect of case management for hemorrhagic stroke patients on length of stay, cost of care and provider's satisfaction. *Journal of Nursing and Health Care* 2018;36(3):42-50. (in Thai)
28. Jerawatana R, Reutrakul S, Siripitayakunkit A. The effect of advanced practice nurse-led intervention program on outcomes in diabetes patients with complex problems. *Rama Nurs J.* 2018;24(1)51-68. (in Thai)
29. Grégoire-Briard F, Horwood G, Berger P, Gomes M, Davis L, Black A. A patient-centred approach to early pregnancy loss: the first 18 months of a canadian outpatient program for early pregnancy loss (OPEL). *J Obstet Gynaecol Canada [Internet].* 2022 [Cited 2022 June 10] ;44(5):503-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2021.11.018>
30. Srisakhot K, Thipwat S. Development of case management model with ST-segment elevation myocardial infarction receiving thrombolytic drugs. *Journal of Nursing and Health Care* 2018;36(4):232-42. (in Thai)