

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ในการดูแลตนเอง
และการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
Effects of a discharge planning program on knowledge
and re-admit of pregnant women with preterm labor

อรัญญา วิจิตนา¹, เยาวรัตน์ ดุสิตกุล¹, เบนจามาภรณ์ นาคามดี^{2*}

Arunya Vijitanaga, Yaowarat Dusitkul, Benchamaphorn Nakamadee^{2*}

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก¹,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก^{2*}

Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok¹,

Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: benchamaphorn@bcnb.ac.th

(Received: January 3, 2025; Revised: December 2, 2025; Accepted: December 25, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนหลัง การทดลอง (two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ในการดูแลตนเองและการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การศึกษาได้ดำเนินการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย พัฒนาตามกรอบแนวคิด D METHOD ของกองการพยาบาล เป็น D METHHOD วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ภายในกลุ่มด้วย paired t-test และคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ: ให้ศึกษาปัจจัยเชิงลึกในกรณีหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำเพื่อนำปัจจัยไปพัฒนาโปรแกรมต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย, การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

Abstract

This quasi-experimental research utilized a two-group pretest-posttest design to examine the effects of a discharge planning program on self-care knowledge and hospital readmission among pregnant women with preterm labor. The study was conducted at the Labor Room of Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok. The sample was selected by purposive sampling, consisting of primigravida women with a gestational age of 24-34 weeks, totaling 60 participants divided into an experimental group and a control group of 30 each. The discharge planning program was developed based on the Nursing Division's D METHOD framework, adapted into D METHHOD. Demographic data

were analyzed using percentages, means, and standard deviation. Mean scores of self-care knowledge were compared within groups using a paired t-test and between groups using an independent t-test.

The findings revealed that pregnant women who received the discharge planning program had significantly higher mean scores of self-care knowledge than before receiving the program (p -value < 0.05). Pregnant women who received the discharge planning program had significantly higher mean scores of self-care knowledge than those receiving standard nursing care (p -value < 0.05). The group of pregnant women receiving the discharge planning program had lower hospital readmission than the control group.

Recommendations: Based on the findings, it is recommended to study in-depth factors in cases of primigravida women with preterm labor who are readmitted to the hospital, to utilize these factors for further program development.

Keywords: preterm labor, discharge planning program, hospital readmission

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นภาวะที่ทารกต้องคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ หรือก่อน 259 วัน นับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกเกิดการเสียชีวิตและมีโอกาสทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี 2563 พบว่ามีทารกคลอดก่อนกำหนดสูงถึง 13.4 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 9.9 ของทารกที่คลอดทั้งหมด เท่ากับว่า หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทารกทุก 10 ราย จะมีทารกที่คลอดก่อนกำหนดประมาณ 1 ราย ในจำนวนทารกที่เกิด 10 ราย มี 1 รายที่คลอดก่อนกำหนด และทุก ๆ 40 วินาที ทารก 1 ราย จะเสียชีวิต นอกจากนั้นในปี 2564 พบทารกจะมีการเสียชีวิตในช่วง 5 ชั่วโมงแรกประมาณ 1 ล้านรายซึ่งเป็นผลที่เกิดมาจากการคลอดก่อนกำหนด (World Health Organization, 2024)

ข้อมูลกรมอนามัย มีการรายงานสรุปร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด จากฐานข้อมูล รายการตัวชี้วัด DoH Dashboard ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า ร้อยละของหญิงไทยที่คลอดก่อนกำหนดเทียบกับข้อมูลการคลอดทั้งหมดลดลงจาก ร้อยละ 11.61 10.42 และลดลง 9.98 ในปี 2565-2567 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาข้อมูลระดับเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า ร้อยละของหญิงไทยที่คลอดก่อนกำหนดลดลงจากร้อยละ 10.90 9.16 แต่เพิ่มขึ้นเป็น 9.37 ในปี 2565-2567 ตามลำดับ ซึ่งลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลของจังหวัดพิษณุโลก โดยเฉพาะอำเภอเมืองพิษณุโลก พบว่า ร้อยละของหญิงที่คลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 21.51 ในปี 2565 ลดลงเหลือร้อยละ 16.27 ในปี 2566 และลดลงเหลือร้อยละ 14.77 ในปี 2567 จากข้อมูลดังกล่าวถึงแม้แนวโน้มอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่อำเภอเมืองพิษณุโลกเริ่มลดลง แต่อุบัติการณ์สูงกว่าของประเทศเกือบ 1 ใน 3 ของอุบัติการณ์ (กรมอนามัย, 2567) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข

ผลกระทบและปัจจัยเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดและความพิการในระยะยาว โดยทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากกว่าทารกที่คลอดครบกำหนด ทั้งนี้ ยังมีอายุครรภ์น้อยเมื่อคลอดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพจะเพิ่มสูงขึ้น (World Health Organization, 2024) แม้ว่าสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดจะยังไม่สามารถระบุได้อย่างแน่ชัดในกรณีส่วนใหญ่ แต่มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่พบว่ามี mốiเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะนี้ ได้แก่ ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ด้วยโรคเรื้อรังที่รุนแรง เช่น เบาหวานชนิดที่ควบคุมไม่ได้ ความดันโลหิตสูง รวมถึงการติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการติดเชื้อในช่องคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนด (Romero et al., 2014) ความผิดปกติของมดลูก มดลูกที่ขยายตัวมากเกินไป เช่น ในกรณีของการตั้งครรภ์แฝด หรือมีเนื้องอกใน

โพรงมดลูก อาจกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ความผิดปกติของปากมดลูก เช่น ปากมดลูกหย่อน (cervical insufficiency) หรือมีประวัติการขูดมดลูก การทำแท้งในไตรมาสที่สอง หรือการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับปากมดลูก ส่งผลให้โครงสร้างปากมดลูกอ่อนแอและเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (เด่นนพพร สุดใจ และคณะ, 2567) ภาวะรกเกาะต่ำ และรกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมและสังคม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด มารดาอายุรุ่น มารดาอายุมากกว่า 40 ปี ภาวะทุพโภชนาการ โลหิตจาง และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ล้วนเป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Liu et al., 2016) การเข้าใจและระบุปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การป้องกันภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการป้องกันตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์หรือระหว่างตั้งครรภ์ มุ่งเน้นค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งให้การป้องกัน และระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) เป็นการป้องกันในระยะที่อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) มุ่งเน้นให้การดูแล รักษา ป้องกันด้วยการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ทั้งนี้ บุคลากรทางสูติกรรมทั้งแพทย์ พยาบาล รวมทั้งกุมารแพทย์ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยลดโอกาสการเสียชีวิตของทารกแรกคลอดหรือลดการเกิดทุพพลภาพของทารกให้ลดลงน้อยที่สุด (เด่นนพพร สุดใจ และคณะ, 2567) ทั้งนี้ กรมการแพทย์ (2566) จัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สำหรับประเทศไทย ฉบับพ.ศ. 2566 มุ่งเน้นให้สูติแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพ มีแนวทางการจัดระบบการบริการ เพื่อคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งแนวทางในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ เด่นนพพร สุดใจ และคณะ (2567) ศึกษาแบบการจัดบริการคลินิกป้องกันการคลอดก่อนกำหนด Preterm Corner Model พบว่า การจัดบริการแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 มุ่งเน้นการให้บริการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ รวมทั้งการดูแลรักษาเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องคลอด ส่วนที่ 2 มุ่งเน้นการดูแลทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด ดังที่กล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่เป็นแนวทางในการปฏิบัติของสูติแพทย์ ทั้งนี้พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในทีมสุขภาพที่มีส่วนในการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ จึงจำเป็นต้องมีแนวทางในการดูแลผู้รับบริการกลุ่มดังกล่าว ทั้งนี้หากการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนด จะส่งผลให้ทั้งทารกแรกเกิด หญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวเกิดความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว รวมทั้งประเทศจะลดงบประมาณในการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนด

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระยะตั้งครรภ์จะเริ่มตั้งแต่การฝากครรภ์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล พยาบาลจะซักประวัติ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แพทย์จะมีการทำอัลตราซาวด์วัดขนาดปากมดลูกติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ มีการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อกำหนดอายุครรภ์ รวมถึงการให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการที่เหมาะสม เพื่อประคับประคองให้การตั้งครรภ์ครบกำหนด แต่จากสถิติของหญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมารับบริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์และมีอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ย้อนหลัง 3 ปี ในปี 2562-2564 คือ 11.97, 11.6 และ 9.56 ตามลำดับ ส่วนอัตราทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดซึ่งทารกบางส่วนเกิดจากการตกเลือดก่อนกำหนดโดยสถิติย้อนหลัง 3 ปีคือปี 2562-2564 เท่ากับ 42.51, 46.20 และ 42.82 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าอัตราการเกิดทารกขาดออกซิเจนจะเริ่มลดลงแต่ยังเกินเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัดของการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (2560-2564) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ด้านงานอนามัยแม่และเด็ก ได้วางเป้าหมายหลักในการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กของประเทศ อัตราการเกิดทารกขาดออกซิเจนแรกคลอดไม่เกิน 35 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ด้วยเหตุนี้สูติแพทย์และพยาบาลจึงต้องช่วยเหลือนับประคับประคองให้หญิงตั้งครรภ์ดำเนินการตั้งครรภ์ให้นานที่สุดบนพื้นฐานความปลอดภัยทั้งแม่และลูกเท่าที่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์จะรับได้ จากการสอบถามข้อมูลปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า ความรู้

ในการปฏิบัติหน้าที่แตกต่างจากการดูแลตนเองตามปกติ คือเรื่องการพักผ่อน โดยปกติหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานและได้รับการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนจากพยาบาลซึ่งจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคำแนะนำก่อนกลับบ้าน โดยการวางแผนจำหน่ายตามแนวทางเดิมคือหลังจากหญิงตั้งครรภ์นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้ว ในวันแรกแพทย์เจ้าของไข้จะแจ้งแนวทางการรักษา และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นขณะเข้ารับการรักษา ส่วนพยาบาลที่ดูแลและพูดคุยและให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อให้คลายความกังวลและทบทวนแนวทางการรักษาของแพทย์ หลังจากนั้นพยาบาลที่ดูแลจะเริ่มให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แต่เนื่องจากพยาบาลที่ดูแลมีการเปลี่ยนเวียนกันในแต่ละเวร การให้คำแนะนำไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งอาจจะไม่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และไม่เหมาะสมกับการดำรงชีวิต จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ไม่ครบทุกด้านและขาดความต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุการฉีกที่กล่าวข้างต้น

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D METHHOD ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบกับการประเมินปัญหา วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ความสำเร็จของงานยังไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร การมีโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายจะทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน และหญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้ครบทุกด้านและได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์วิจัย

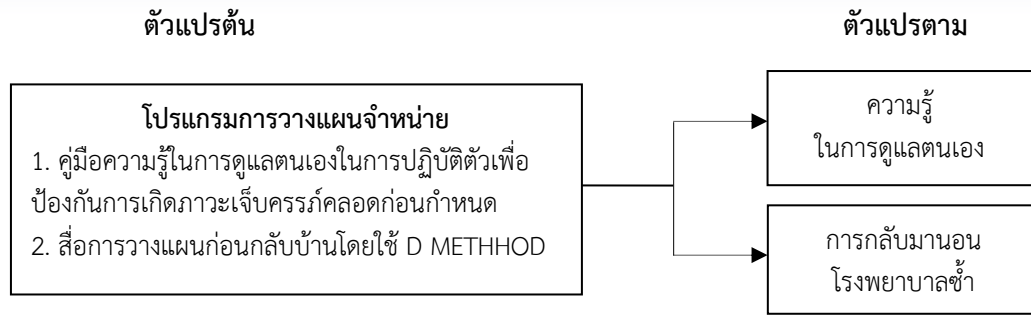
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง และการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังการได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐาน

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
2. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่า ก่อนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำน้อยกว่า กลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D METHHOD ซึ่งพัฒนาจากการวางแผนจำหน่ายแบบ D METHOD ร่วมแนวทางการป้องกันภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มุ่งเน้นให้ความรู้ในการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (दननพพร สดใจ และคณะ, 2567) รวมทั้งนำปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (อัสมะ จารู และคณะ, 2562) มาประยุกต์ในการโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเอง มีการตั้งครรภ์ครบกำหนดไม่กลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (research design) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ในการดูแลตนเองและการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับบริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ถึง เดือนกันยายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2565 - ธันวาคม 2565 ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม สำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 โดยกำหนดสถิติที่ใช้วิเคราะห์ t-test (Mean: Difference between two independent means [two groups]) แบบ two tails และกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) = 0.80 อำนาจทดสอบ (Power of test) = 0.85 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Cohen, 1977) ได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง 30 คน รวม 60 คนเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาตัวที่ห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ด้วยตนเองหรือผ่านแผนกฝากครรภ์

2. ตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก (primigravida)

3. หญิงตั้งครรภ์มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

4. อายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์

5. แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Threatened preterm labor)

6. อ่าน/เขียนหนังสือได้

7. มีโทรศัพท์ smartphone และสามารถใช้ออปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมว่ามีน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ (Preterm PROM) ขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล

2. หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อได้เนื่องจากคลอดก่อนขณะนอนรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination criteria)

หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดก่อน 28 วันหลังจำหน่ายกลับบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง ประยุกต์กิจกรรมการพยาบาลตามกรอบแนวคิด แบบ D METHOD ของกองการพยาบาล (2556) ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เป็นรายบุคคล ที่ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ D METHOD ของกองการพยาบาล (2556) โดยเพิ่มเป็น D METHHOD 2) แผนการสอนสุขศึกษาเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลาในการให้ความรู้ประมาณ 10-15 นาที และ 3) แบบติดตามภายหลังจำหน่าย 7 วัน จนครบ 4 ครั้ง โดยติดตามผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการกลับนอนโรงพยาบาลซ้ำ หลังการจำหน่ายผ่านแอปพลิเคชันไลน์

2. คู่มือความรู้ในการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสาร วารสาร งานวิจัย และหนังสือคู่มือต่าง ๆ ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแนวทางการวางแผนจำหน่ายตามกรอบแนวคิดของ D METHOD เป็น D METHHOD

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส

2. แบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โดยพัฒนาแบบสอบถามจากแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของ ชลธิชา รักษาธรรม และคณะ (2561) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ คำถามเป็นแบบด้านบวก 15 ข้อ กำหนดให้ 0 = ไม่ใช่ 1 = ใช่ คำถามด้านลบ 5 ข้อ 0 = ใช่ 1 = ไม่ใช่ คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0 - 20 คะแนน โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนมีดังนี้

คะแนน 0 - 7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวในระดับน้อย

คะแนน 8 - 14 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง

คะแนน 15 - 20 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวมาก

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแนวทางการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย สูติแพทย์เชี่ยวชาญด้านสูติ นรีเวชกรรม 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถงานห้องคลอด 1 คน จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.67 - 1.00 และความถูกต้องเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 ได้ค่า ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังได้รับการอนุมัติจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าห้องคลอด โดยเก็บข้อมูลกับกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มควบคุม
2. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไป ของหญิงตั้งครรภ์ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ข้อมูลการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์
3. ผู้วิจัยประเมินความรู้โดยใช้แบบทดสอบความรู้ (pretest) ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวทางเดิมคือการพูดคุย ให้ความรู้ในเรื่องสำคัญต่างๆ แก่หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังจากนั้นแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาด้วยตนเอง ใช้เวลา 30 นาที จากนั้นได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน
4. ก่อนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์กลับบ้าน ผู้วิจัยประเมินความรู้โดยใช้แบบทดสอบความรู้ (posttest) โดยไม่มีการติดตามต่อเนื่อง และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ มีการสอบถามการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ เมื่อเก็บข้อมูลครบ 30 คนแล้ว จะดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มทดลอง 30 คน

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มทดลอง
2. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไป ของหญิงตั้งครรภ์ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ข้อมูลการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์
3. ผู้วิจัยประเมินความรู้โดยใช้แบบทดสอบความรู้ (pretest) ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนที่จะใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย โดยการให้ความรู้ผ่านคู่มือความรู้ในการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สื่อการวางแผนก่อนกลับบ้านโดยใช้ D METHHOD โดยแบ่งให้ความรู้จำนวน 3 วัน ในแต่ละวันจะใช้เวลา 15 นาที ซึ่งรายละเอียดทั้ง 3 วัน ดังนี้

วันที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับ D และ M (ใช้เวลา 15 นาที)

D = Diagnosis ให้ความรู้เกี่ยวกับว่าแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดชนิดไหน มีผลกระทบต่อมารดาและทารกอย่างไร

M = Medication ยาที่แพทย์ใช้ในการรักษาครั้งนี้ ผลข้างเคียงของยา อาการผิดปกติที่ต้องสังเกต ยาที่แพทย์วางแผนจะให้หญิงตั้งครรภ์ไปรับประทานต่อที่บ้าน อาการข้างเคียงที่พบหลังรับประทานยา และต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

วันที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับ E T และ H (ใช้เวลา 15 นาที)

E = Environment and economic การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมเพื่อการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ประเมินความพร้อมของครอบครัวและผู้ดูแล และแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

T = Treatment แพทย์อธิบายเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษา พยาบาลประเมินและสอนทักษะเกี่ยวกับการประเมินการหดตัวของมดลูกได้ด้วยตนเอง และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลหรือโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือ

H = Health (Heart & Home) พยาบาลสอนและประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว รวมทั้งให้กำลังใจ และนำครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การนับลูกดิ้น การจดทำงานหนัก หลีกเลี่ยงการยกของหนัก แนะนำนอนพักผ่อนท่านอนตะแคง เพื่อลดแรงดันต่อปากมดลูกไม่ให้เปิดขยาย ลดการกดทับเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้อง รวมทั้งช่วยลดการหดตัวของมดลูก งดการมีเพศสัมพันธ์ และประเมินความเครียด รวมทั้งให้กำลังใจเป็นระยะ ๆ

วันที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับ O และ D (ใช้เวลา 15 นาที)

O = Outpatient Referral พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด หน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านที่สามารถไปรับบริการ หน่วยงานที่สามารถขอความช่วยเหลือหรือขอคำปรึกษาเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน

D = Diet โภชนาการ ประเมินและให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เน้นอาหารประเภทโปรตีนสูง เช่น นม ไข่ เนื้อสัตว์ ผักผลไม้ ให้เหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์

4. ก่อนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์กลับบ้าน ผู้วิจัยประเมินความรู้โดยใช้แบบทดสอบความรู้ (posttest) และมีการติดตามเยี่ยมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายทุก 7 วัน จนครบ 4 ครั้ง ๆ ละ 5 นาที
5. เมื่อครบ 4 สัปดาห์ มีการสอบถามการกลับมาอนโรงพยาบาลผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย วิเคราะห์โดยใช้ Paired t-test
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย และกลุ่มที่ไม่ใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย วิเคราะห์โดยใช้ Independent t-test
3. เปรียบเทียบอัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายและกลุ่มปกติ วิเคราะห์โดยใช้เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก COA No. 013/2565 IRN No. 017/65 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย มีการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้โดยอิสระหรือหากตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการที่จะได้รับ

ผลการวิจัย

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=60 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ				
20 – 25 ปี	8	26.70	9	30.00
26 – 30 ปี	9	30.00	11	36.70
31 – 35 ปี	13	43.30	10	33.30
อายุครรภ์				
24 – 28 สัปดาห์	5	16.70	5	16.70
29 – 34 สัปดาห์	25	83.30	25	83.30
สถานที่ฝากครรภ์				
รพ.พุทธชินราช	13	43.30	13	43.30
คลินิก	11	36.70	12	40.00
รพ.ม.นเรศวร	2	6.70	0	0.00
รพ.สต.	4	13.30	5	16.70
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	3.30	1	3.30
ประถมศึกษา	1	3.30	1	3.30
มัธยมศึกษา	4	13.30	7	23.30

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปวช.	8	26.70	5	16.70
ปวส./อนุปริญญา	2	6.70	2	6.70
ปริญญาตรี	14	46.70	14	46.70
อาชีพ				
ไม่มีอาชีพ	14	46.70	12	40.00
เกษตรกร	0	0.00	2	6.70
รับจ้าง	9	30.00	7	23.30
ค้าขาย	4	13.30	5	16.70
รับราชการ	2	6.70	3	10.00
รัฐวิสาหกิจ	1	3.30	1	3.30

จากตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-30 ปี (ร้อยละ 36.70) อายุครรภ์อยู่ในช่วง 29-34 สัปดาห์ (ร้อยละ 83.30) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก (ร้อยละ 43.30) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 46.70) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 40.0)

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย (n=60 คน)

ลักษณะ กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มควบคุม	14.30	1.71	14.73	1.51	1.72	.097
กลุ่มทดลอง	14.20	1.27	16.60	1.77	7.67	<.001*

*p-value < .05

จากตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 (p-value < 0.05) โดยหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 16.60 (S.D. = 1.77) และก่อนรับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 14.20 (S.D. = 1.27)

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=60 คน)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	หลังได้รับโปรแกรมฯ		t	p-value
	Mean	SD		
กลุ่มควบคุม	14.73	1.51	4.39	< 0.001*
กลุ่มทดลอง	16.60	1.77		

*p-value < 0.05

จากตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย สูงกว่าก่อนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=60 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อัตราการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ	0	0	1	3.1

ผลการเปรียบเทียบจำนวน และร้อยละการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ ซึ่งกลุ่มควบคุมจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.10 ที่มีการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำก่อนคลอด

อภิปรายผล

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย อาจเป็นเพราะโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสำหรับหญิงครรภ์แรกที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นการให้ความรู้รายบุคคล ผ่านคู่มือการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สื่อการวางแผนก่อนกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา รักษาธรรม และคณะ (2561) พบว่า การให้ความรู้ตามสถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย ทำให้สามารถให้การพยาบาลได้ตรงตามปัญหา ความต้องการ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ ทั้งนี้ การวิจัยนี้ประยุกต์ D METHHOD คือ เพิ่ม 2H ได้แก่ Heart และ Home ซึ่งประกอบด้วยการสอนและประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจ และนำครอบครัวหรือญาติมามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีการติดตามเยี่ยมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์หลังจำหน่ายทุก 7 วัน จนครบ 4 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปานจันทร์ อิมหนา และคณะ (2566) ได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพและการจัดการตนเองของ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งช่วยเพิ่มแรงสนับสนุนและความมั่นใจของหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง ซึ่งโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตาม D METHHOD นี้เป็นการปรับรูปแบบการพยาบาลรูปแบบปกติโดยมุ่งเน้นให้คำแนะนำตาม D METHOD เท่านั้น

2. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การวิจัยนี้ มีการวางแผนการจำหน่าย D METHHOD ไม่มุ่งเน้นเฉพาะด้านร่างกายเท่านั้น ได้ให้ความสำคัญด้านจิตใจเน้นความเครียด (Heart) และครอบครัว (Home) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา เพราะความเครียดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ความเครียดจากการได้รับยาที่ยัง การหดรัดตัวของมดลูก ความเครียดจากการนอนพักในโรงพยาบาล ความเครียดจากสภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่ในโรงพยาบาล ความเครียดเกี่ยวกับครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในร่างกายเกิดการหลั่งของสารแคทีโคลามีน กล้ามเนื้อมดลูกเกิดการหดรัดตัว ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเสี่ยง

ต่อการคลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น (เบญจวรรณ ละหุการ และคณะ, 2563) และครอบครัว (Home) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (อัสมะ จารู และคณะ, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานจันทร์ อิ่มหน้า และคณะ (2566) พบว่า การนำสามีหรือญาติที่หญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่ด้วยเข้าร่วมฟังการสนทนากลุ่มรายบุคคล โดยมีสื่อการสอนเป็นคลิปวิดีโอ และเป็นแผ่นพับ ส่งผลให้ครอบครัวหรือญาติได้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้พักผ่อน และเสริมแรงเพิ่มความมั่นใจ ให้หญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถจัดการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

3. หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีการกลับมานอนโรงพยาบาลช้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีการสอนให้หญิงตั้งครรภ์สามารถติดตามการหดตัวของมดลูกของตนเองที่บ้าน ซึ่งช่วยประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดได้ เพราะหญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินตนเองได้ว่าควรรมาพบแพทย์ ก่อนนัดหรือไม่ รวมทั้งการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ได้ตลอดเวลา จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ตลอดเวลา ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ การศึกษาของชลธิชา รักษาธรรม และคณะ (2561) มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และมีการซักถามจะทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกปลอดภัย ไม่กลับมารักษาซ้ำ เพราะมีความรู้ทั้งในการประเมิน และมีที่ปรึกษาภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งมีการปรับรูปแบบการพยาบาล นอกจากให้ความรู้ให้กำลังใจ มีการประเมินความเครียด และใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และอีกทั้งติดตามเป็นระยะ ๆ การติดตามหลังจำหน่าย โดยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และเปิดช่องทางสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องกับหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัว ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของตนเองได้ สามารถยืดอายุครรภ์จนถึงกำหนดคลอดได้ถึง ร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของพรจิต จันโทภาส และคณะ (2564) พบว่า การดูแลแบบองค์รวมและการติดตามหลังจำหน่ายช่วยให้ยืดอายุครรภ์ได้ อาจเป็นผลจากรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ซึ่งครอบคลุมการลดความวิตกกังวล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเร่งการหดตัวของมดลูก การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา รวมถึงการดูแลต่อเนื่อง เช่น การติดตามอาการเจ็บครรภ์ การเดินของทารก และการส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถยืดอายุครรภ์จนคลอด ภายหลังอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ได้มากขึ้น เห็นได้ชัดเจนว่า หากโปรแกรมตาม DMETHHOD ที่มุ่งเน้นครอบคลุม ทั้งคำแนะนำในเรื่อง การพักผ่อน การจัดการความเครียด และการรับประทานอาหาร ซึ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันดังกล่าว จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Corchero-Falcón et al., 2023) จะเห็นได้ว่าบทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ จะต้องดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีความยืดหยุ่นตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดความเชื่อใจไว้วางใจให้การดูแลแบบองค์รวม ไม่เน้นเฉพาะแต่ร่างกายรวมถึงจิตใจ และครอบครัว (เพียงขวัญ ภูทอง และ พิรณันท์ วิศาลสกุลวงษ์, 2562) การประยุกต์การดูแลอย่างต่อเนื่องสู่การดูแลสตรีตั้งครรภ์ โดยพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศออสเตรเลียและอังกฤษ และสามารถลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดและลดภาวะทุพพลภาพของทารกได้ (Sandall et al., 2016) การปรับรูปแบบบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์โดยการดูแลแบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จะส่งผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองได้ ความต่อเนื่องด้านข้อมูลโดยให้ความรู้และคำแนะนำกับหญิงตั้งครรภ์ที่สามารถนำไปใช้ได้ เพื่อประเมินอาการของตนเอง รวมทั้งความต่อเนื่องด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล และหญิงตั้งครรภ์ จะทำให้เกิดความไว้วางใจระหว่างหญิงตั้งครรภ์และผู้ให้บริการ ทำให้เกิดความไว้วางใจในการขอคำแนะนำ ได้ตลอดเวลาและ ปฏิบัติตามคำแนะนำด้วยความยินดี อีกทั้งความต่อเนื่องด้านบริหารจัดการ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์สะดวก ในการรับบริการ (เพียงขวัญ ภูทอง และ พิรณันท์ วิศาลสกุลวงษ์, 2562) จะเห็นได้ว่า หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลแบบต่อเนื่องโดยพยาบาลผดุงครรภ์ที่สามารถดูแลองค์รวม จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความรู้ทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ประสบความสำเร็จ ยึดระยะเวลาไปจนถึงครบกำหนดคลอด

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย D METHHOD ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มารับบริการแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง และใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับกลุ่มผู้ป่วยอื่นต่อไป
2. ศึกษาปัจจัยเชิงลึกในกรณีหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ เพื่อนำปัจจัย ไปพัฒนาโปรแกรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2566). แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย ฉบับ พ.ศ.2566. https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25661112141223PM_1
- กรมอนามัย. (2567). DoH Dashboard กรมอนามัย (ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข). สืบค้นจาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/bpreterm/index?year=2024>
- กองการพยาบาล. (2556). แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ชลธิชา รักษาธรรม, ทวีศักดิ์ กสิผล, และกมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม. (2561). แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 348-356.
- เด่นนพพร สุดใจ, พงษ์ลดา วัชรสินธุ์, จันทร์เพ็ญ ชมพานิชย์, และเสาวลักษณ์ นาคขำ. (2567). รูปแบบการจัดบริการคลินิกป้องกันการคลอดก่อนกำหนด *Preterm Corner Model*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- เบญจวรรณ ละหุการ, วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, ทศณีย์ หนูนารณ, และมลิวลย์ บุตรดำ. (2563). ความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์*, 7(10), 1-14.
- ปานจันทร์ อิ่มหน้า, ญาณิศา ประพุดิธรรม, สมจิตร สิทธิวงศ์, และปวีณา สุรินทร์ประทีป. (2566). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลลำปาง. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 7(3), 36-51.
- พรจิต จันโทภาส, ศีตรา มยุขโชติ, และจุฬารัตน์ ห้าวหาญ. (2564). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(2), 123-137.
- เพ็ญขวัญ ภูทอง และ พิรพันธ์ วิศาลสกุลวงษ์. (2562). การดูแลแบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(2), 156-68.
- อัสมะ จารู, วรางคณา ชัชเวช, และ สุรีย์พร กฤษเจริญ. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(1), 79-92.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Corchero-Falcón, M. D. R., Gómez-Salgado, J., García-Iglesias, J. J., Camacho-Vega, J. C., Fagundo-Rivera, J., & Carrasco-González, A. M. (2023). Risk factors for working pregnant women and potential adverse consequences of Exposure: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 68, 1605655. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605655>
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J., Lawn, J. E., Cousens, S., Mathers, C., & Black, R. E. (2016). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: An updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*, 388(10063), 3027-3035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8)
- Romero, R., Dey, S. K., & Fisher, S. J. (2014). Preterm labor: One syndrome, many causes. *Science*, 345(6198), 760-765. <https://doi.org/10.1126/science.1251816>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- World Health Organization (2024). *Born Too Soon: Decade of Action on Preterm Birth*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890>