



ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัด ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าคลอด ในโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

พิมพ์ใจ พระเทพ ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับการผ่าคลอดและคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์วินิจฉัยให้ผ่าคลอด ณ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย จำนวน 60 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัดที่บูรณาการทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงกับแนวคิด Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) และแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 26.00 ± 3.00 เป็น 38.00 ± 1.50 คะแนน และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอดเพิ่มขึ้นจาก 146.00 ± 14.00 เป็น 187.00 ± 12.00 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมทั้งสองตัวแปรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .319$ และ $p = .168$ ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สรุปได้ว่า โปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัดที่บูรณาการทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงกับแนวคิด ERAS ช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัด, ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง, ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู, การผ่าตัดคลอด

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย, E-mail : Pimjai.pra2514@gmail.com



The Effectiveness of Perioperative Preparation Programs on Self-care Behaviors among Pregnant Women coming for Cesarean Section, Sawankhalok Hospital, Sukhothai Province.

Pimjai Pratthep ¹

ABSTRACT

This quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design aimed to compare the mean knowledge scores regarding self-care related to cesarean section and the scores on the ability to perform recovery activities after cesarean section before and after the intervention in the experimental group, and to compare these scores between the experimental and control groups after the intervention. The sample consisted of 60 pregnant women diagnosed by physicians as requiring cesarean section at Sawankhalok Hospital, Sukhothai Province. Participants were purposively selected and divided into an experimental group and a control group of 30 participants each. The research instruments included a pre- and post-operative preparation program for pregnant women that integrated King's Theory of Goal Attainment with the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) concept, along with questionnaires for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

Results showed that after receiving the program, the experimental group's mean knowledge score regarding self-care increased significantly from 26.00 ± 3.00 to 38.00 ± 1.50 points, and the score on the ability to perform recovery activities after cesarean section increased significantly from 146.00 ± 14.00 to 187.00 ± 12.00 points ($p < .001$). In contrast, neither variable showed a statistically significant difference in the control group ($p = .319$ and $p = .168$, respectively). After the intervention, the experimental group had significantly higher knowledge scores and recovery activity ability scores than the control group ($p < .001$). In conclusion, the pre- and post-operative preparation program integrating King's Theory of Goal Attainment with the ERAS concept effectively increased self-care knowledge and enhanced the ability to perform recovery activities after cesarean section.

Keywords: perioperative preparation program for pregnant women, knowledge of self-care, ability to perform rehabilitation activities, cesarean section

¹ Professional Nurse (PROFESSIONAL Level), Sawankhalok Hospital, E-mail : Pimjai.pra2514@gmail.com

บทนำ

การผ่าตัดเป็นหัตถการทางศัลยกรรมที่มีอัตราการใช้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก จากร้อยละ 12 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 21 ในปี ค.ศ. 2021 ซึ่งสูงกว่าอัตราที่องค์การอนามัยโลกแนะนำไว้ที่ร้อยละ 10-15 (World Health Organization, 2021) สำหรับประเทศไทย อัตราการผ่าตัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.5 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 34.8 ในปี พ.ศ. 2565 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โดยมีสาเหตุหลักจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เช่น ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ รกเกาะต่ำ ประวัติผ่าตัดครั้งก่อน และการเจ็บครรภ์คลอดที่ไม่คืบหน้า ทั้งนี้ อัตราการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นในประเทศกำลังพัฒนามีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางการแพทย์ สังคม และเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป (Boerma et al., 2018)

ข้อมูลจากงานเวชระเบียน โรงพยาบาลสวรรค์โลก (2568) พบว่า อัตราการผ่าตัดในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับร้อยละ 53.8 (231/429 ราย), 58.0 (203/350 ราย) และ 50.7 (171/337 ราย) ตามลำดับ และร้อยละ 40.3 (83/206 ราย) ในปี พ.ศ. 2568 ณ เดือนสิงหาคม แม้จำนวนการคลอดโดยรวมจะลดลงตามอัตราการเกิดของประเทศ แต่สัดส่วนการผ่าตัดยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศและเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกอย่างมาก โรงพยาบาลที่มีอัตราการผ่าตัดสูงจึงจำเป็นต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดที่มีคุณภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Molina et al., 2015)

การผ่าตัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น อาการปวดแผลผ่าตัด ความเหนื่อยล้า การเคลื่อนไหวที่จำกัด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารก และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Keag et al., 2018) อีกทั้งมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าการคลอดปกติ 2-3 เท่า โดยเฉพาะการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การเกิดลิ่มเลือด และภาวะเลือดออกหลังคลอด (Sobhy et al., 2019) การศึกษาของสุกัญญา ศรีเจริญ (2567) พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยเฉพาะด้านการดูแลแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกาย และการให้นมบุตร รวมทั้งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดได้

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาลสวรรค์โลก พบว่า มารดาตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดอยู่ในระดับน้อย โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลแผล และโภชนาการ กลัวการลุกเดินเร็วเพราะกลัวแผลแยก และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารก ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง (King's Theory of Goal Attainment) ซึ่งเน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยผ่านการสื่อสาร การรับรู้ และการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จึงเป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสม เนื่องจากเมื่อพยาบาลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพและร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ



ได้ดีขึ้น (King, 1981) ทั้งยังช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และเพิ่มความพึงพอใจในการดูแล (Alligood, 2018)

แนวทางการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็ว (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) เป็นแนวทางการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด เน้นการลดความเครียดจากการผ่าตัด การจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ การเริ่มรับประทานอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกายเร็ว และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (Ljungqvist et al., 2017) การวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Huang และคณะ (2020) จากงานวิจัย 23 เรื่อง พบว่า ERAS ในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพิ่มความพึงพอใจ และส่งเสริมการให้นมบุตร และ Tamang และคณะ (2021) พบว่า ERAS ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลได้แม้ในโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัด อย่างไรก็ตาม การศึกษาแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมในประเทศไทยของณัฐชา กลางประพันธ์ และคณะ (2565) พบว่า ERAS ช่วยลดคะแนนความปวดที่ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (3.1 ± 1.9 และ 5.1 ± 1.9 , $p < .05$) แต่คุณภาพการฟื้นตัวโดยรวมไม่แตกต่างกัน ($p = .200$) สะท้อนว่าการฟื้นตัวโดยรวมยังต้องอาศัยองค์ประกอบเสริม เช่น การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ การให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของมารดา การบูรณาการทฤษฎีของคิงกับแนวคิด ERAS จึงน่าจะช่วยเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยทฤษฎีของคิงช่วยสร้างปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และแรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ขณะที่ ERAS ให้แนวทางการดูแลที่เป็นรูปธรรมและมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับในแต่ละระยะของการผ่าตัด ซึ่งการบูรณาการทฤษฎีทางการพยาบาลกับแนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Wilson et al., 2018) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่บูรณาการทั้งสองแนวคิดในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดในบริบทโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทยยังมีจำกัด โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแยกส่วนระหว่างทฤษฎีทางการพยาบาลหรือแนวคิด ERAS เพียงอย่างเดียว

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัด โดยบูรณาการทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงกับแนวคิด ERAS และศึกษาผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าตัดคลอด เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลสวรรค์โลกและโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับผ่าคลอดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับผ่าคลอดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับผ่าคลอดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน
2. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน
3. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับผ่าคลอดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน
4. คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน



กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัด

โดยใช้กรอบแนวคิดทางการพยาบาลของคิง King's Theory of Goal Attainment และ
บูรณาการแนวคิดของ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)

ระยะที่ 1: ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative Phase)

ระยะเวลา: 1-2 สัปดาห์ก่อนกำหนดผ่าตัด

1.1 การสร้างปฏิสัมพันธ์และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (King's Interaction System)

- ประเมินความรู้ ทักษะ และความกังวลของหญิงตั้งครรภ์
- สร้างความไว้วางใจผ่านการสื่อสารแบบสองทาง
- ร่วมกันกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคล (Personal Goals) ได้แก่ ต้องการพักฟื้นเร็ว เพื่อดูแลลูกได้ด้วยตนเอง ต้องการลดความเจ็บปวด ต้องการให้แผลหายเร็ว
- ทำสัญญาร่วมกัน (Mutual Goal Setting)

1.2 การให้ความรู้และเตรียมความพร้อม (ERAS Principles)

- ด้านโภชนาการ : หลีกเลี่ยงการอดอาหารนานเกินไป
- รับประทานอาหารโปรตีนสูง ก่อนผ่าตัด 6 ชั่วโมง แจกเอกสาร "คู่มืออาหารก่อนผ่าตัด"
- ด้านการเคลื่อนไหว: ฝึกท่าการลุกนั่งจากเตียง ฝึกการเดินหลังผ่าตัด (ด้วยหุ่นจำลองหรือวีดีโอ) ฝึกท่าหายใจลึกและไอเพื่อขับเสมหะ
- ด้านจิตใจ: เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation techniques)

การฝึกจินตนาการบวก (Positive visualization) การจัดการความวิตกกังวล

1.3 การเตรียมครอบครัว

ให้ความรู้แก่สามี/ญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับบทบาทในการสนับสนุนฝึกเทคนิคการให้กำลังใจและช่วยเหลือหลังผ่าตัด

ระยะที่ 2: ระยะวันผ่าตัด (Operative Day)

2.1 เข้าวันผ่าตัด ทบทวนเป้าหมายร่วมกัน (Goal Reinforcement) ให้ดื่มน้ำหวานใส ตาม
โปรโตคอล ERAS ประเมินความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ สร้างความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล

2.2 หลังผ่าตัดทันที (Recovery Room)

- ประเมินอาการปวด ใช้ Pain score
- เริ่มให้ยาแก้ปวดแบบหลายวิธี (Multimodal analgesia)
- สนับสนุนการดูแลทารกแรกเกิด (Skin-to-skin contact)
- เริ่มให้นมบุตร (Early breastfeeding initiation)

ระยะที่ 3: ระยะหลังผ่าตัด (Post-operative Phase)

-ประเมินอาการปวด และให้ยาแก้ปวดตามแผน ถอดสายสวนปัสสาวะเร็ว (Early catheter removal) สนับสนุนการลุกนั่ง-ยืน-เดิน (Early mobilization) ใช้ King's interaction: สอนท่าที่ถูกต้อง, ให้กำลังใจ ประเมินการทำงานของลำไส้ ส่งเสริมการเดินอย่างน้อย 3-4 ครั้ง

ฝึกการดูแลทารก การให้นมบุตร ทบทวนเป้าหมายการฟื้นตัว

ระยะที่ 4: ระยะติดตามหลังกลับบ้าน (Follow-up Phase)

4.1 การติดตามทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 1: โทรติดตาม 2 ครั้ง (วันที่ 3 และ 7)

ประเมินอาการปวด การดูแลแผล การรับประทานอาหาร การขับถ่าย
การให้นมบุตร ให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหา

- ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
เกี่ยวกับผ่าตัด
- ความสามารถในการปฏิบัติ
กิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest-Posttest Design) ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 - สิงหาคม พ.ศ. 2569 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 - พฤษภาคม พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้ผ่าคลอดที่โรงพยาบาลสวรรค์โลก อำเภอสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 - พฤษภาคม พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์จากประชากรดังกล่าวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 (Faul et al., 2007) สำหรับ Independent t-test กำหนดขนาดอิทธิพล (d) เท่ากับ 0.80 อ้างอิงจากงานวิจัยของสุกัญญา พงษ์ศิริรักษ์ และคณะ (2567) ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ 0.80 ทดสอบแบบสองทาง ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 26 ราย และเพิ่มร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหาย (Polit & Beck, 2017) ได้กลุ่มละ 30 ราย รวม 60 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้ผ่าคลอดด้วยเหตุผลทางการแพทย์ อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป 2) ตั้งครรภ์เดี่ยว 3) ไม่มีโรคประจำตัวที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคไต วัณโรค หรือโรคเมเร็ง 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรง เช่น ครรภ์เป็นพิษรุนแรง เบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ควบคุมไม่ได้ รกเกาะปากมดลูก และ 5) สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1) มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ต้องผ่าคลอดโดยด่วน เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด เลือดออกมาก หรือทารกอยู่ในภาวะอันตราย 2) มีปัญหาสุขภาพจิตหรือความบกพร่องทางสติปัญญาที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ และ 3) ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าก่อนกำหนดผ่าคลอด

เกณฑ์ถอนตัว (Withdrawal criteria) 1) ขอลถอนตัวจากการวิจัย 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมจนไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อได้ และ 3) เข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 80



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ประวัติการคลอดบุตร อายุครรภ์ปัจจุบัน เหตุผลในการผ่าคลอดครั้งนี้ และผู้ดูแลหลังกลับบ้าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

1.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับการผ่าคลอด เป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด จำนวน 40 ข้อ ครอบคลุม 8 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ การผ่าคลอดและการเตรียมความพร้อม การจัดการอาการปวด การเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลแผลผ่าตัด โภชนาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลทารกและการให้นมบุตร และการดูแลสุขภาพจิตใจและการพักผ่อน แปรผลตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 32 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79 หรือ 24-31 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือน้อยกว่า 24 คะแนน)

1.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอด เป็นมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ (Likert scale) จำนวน 45 ข้อ คะแนนเต็ม 225 คะแนน มีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ ครอบคลุม 8 ด้าน ได้แก่ การจัดการอาการปวด (5 ข้อ) การเคลื่อนไหวร่างกาย (6 ข้อ) การดูแลแผลผ่าตัด (5 ข้อ) การรับประทานอาหารและโภชนาการ (5 ข้อ) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (6 ข้อ) การดูแลทารกและการให้นมบุตร (6 ข้อ) การดูแลสุขภาพจิตใจและการพักผ่อน (6 ข้อ) และการติดตามการรักษาและการกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเอง (6 ข้อ) ให้คะแนนตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำถึงไม่สามารถปฏิบัติได้เท่ากับ 5-1 คะแนนสำหรับข้อความเชิงบวก และ 1-5 คะแนนสำหรับข้อความเชิงลบ แปรผลตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (180 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (135-179 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่า 135 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยบูรณาการทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง (King, 1981) กับแนวคิด ERAS (Ljungqvist et al., 2017) ใช้เวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 12 กิจกรรมใน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด (1-2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด) กิจกรรมที่ 1 การสร้างปฏิสัมพันธ์และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (King's Interaction System) พยาบาลสร้างสัมพันธภาพผ่านการสื่อสารสองทาง ประเมินความรู้ ทัศนคติ และความกังวลเกี่ยวกับการผ่าคลอด แล้วร่วมกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคลที่ชัดเจน วัดผลได้ และเป็นไปได้จริง (Mutual Goal Setting) บันทึกในแผนการดูแลส่วนบุคคลและติดตามความก้าวหน้าร่วมกันตลอดโปรแกรม กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้และเตรียมความพร้อมตามหลัก ERAS รายบุคคล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ (หลีกเลี่ยงการอดอาหารนานเกินไป รับประทานอาหารโปรตีนสูงก่อนผ่าตัด 6 ชั่วโมง พร้อมคู่มือ

อาหารก่อนผ่าตัด) ด้านการเคลื่อนไหว (ฝึกลุกนั่งจากเตียง การเดิน การหายใจลึกและการไอขับเสมหะจนคล่อง) และด้านจิตใจ (การหายใจเข้า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า และการจินตนาการเชิงบวก) กิจกรรมที่ 3 การเตรียมครอบครัว ให้ความรู้สามีหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับบทบาทการสนับสนุน การประคองลูกนั่งและพยุงเดิน การช่วยดูแลทารก การสนับสนุนการให้นมบุตร และการสังเกตอาการผิดปกติ

ระยะที่ 2 ระยะวันผ่าตัด กิจกรรมที่ 4 การเตรียมความพร้อมเข้าวันผ่าตัด ทบทวนเป้าหมายร่วมกัน (Goal Reinforcement) และทักษะที่ฝึกไว้ ให้งดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนเข้าห้องผ่าตัดตามโปรโตคอล ERAS ประเมินความพร้อมทางกายและใจ และใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวล กิจกรรมที่ 5 การดูแลหลังผ่าตัดทันทีในห้องพักฟื้น ประเมิน Pain score และให้ยาแก้ปวดแบบหลายวิธี (Multimodal analgesia) ตามแผนการรักษาของสูติแพทย์เพื่อลดการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ส่งเสริมการสัมผัสผิวกับผิวหนังมารดาและทารก และเริ่มให้นมบุตรภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเมื่อมารดารู้สึกตัวดี

ระยะที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด (วันที่ 1-3 ระหว่างนอนโรงพยาบาล) กิจกรรมที่ 6 การจัดการความเจ็บปวดและการดูแลพื้นฐาน ประเมินความปวดทุก 4-6 ชั่วโมง ให้ยาตามแผนการรักษา และถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กิจกรรมที่ 7 การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายเร็ว (Early Mobilization) สอนท่าลุกนั่งที่ถูกต้อง โดยมีเป้าหมายให้ลุกนั่งได้ภายใน 6-12 ชั่วโมง เดินได้ภายใน 24 ชั่วโมง และเดินวันละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที กิจกรรมที่ 8 การส่งเสริมการรับประทานอาหารเร็ว ให้เริ่มดื่มน้ำและรับประทานอาหารอ่อนทันทีที่พร้อมโดยไม่ต้องรอผายลม เน้นอาหารโปรตีนสูง อาหารที่มีเส้นใย และดื่มน้ำ 8-10 แก้วต่อวัน กิจกรรมที่ 9 การฝึกทักษะการดูแลทารกและการให้นมบุตร ได้แก่ การอุ้ม การเปลี่ยนผ้าอ้อม ทำให้นม และการอมหัวนมที่ถูกต้อง และการแก้ปัญหาหัวนมแตกหรือน้ำนมไม่ไหล กิจกรรมที่ 10 การทบทวนเป้าหมายการฟื้นตัวทุกวันผ่านแบบบันทึกการติดตามตนเอง (Self-monitoring record) เปรียบเทียบกับเป้าหมาย หรืออุปสรรค ปรับแผนร่วมกัน และเสริมแรงเชิงบวก

ระยะที่ 4 ระยะติดตามหลังกลับบ้าน (สัปดาห์ที่ 1-6 หลังจำหน่าย) กิจกรรมที่ 11 การให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ทบทวนการดูแลแผล อาการผิดปกติที่ต้องรีบพบแพทย์ การใช้ยา โภชนาการ การพักผ่อน การดูแลทารก และการวางแผนครอบครัว พร้อมมอบคู่มือการดูแลตนเองและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อพยาบาล และกำหนดเป้าหมายระยะยาวร่วมกัน กิจกรรมที่ 12 การติดตามทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง (วันที่ 3 และ 7 หลังจำหน่าย) และสัปดาห์ที่ 2-6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที เพื่อประเมินความปวด สภาพแผล การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การให้นมบุตร และภาวะอารมณ์ ทบทวนความก้าวหน้าตามเป้าหมาย ให้คำแนะนำเฉพาะราย และเสริมแรงเชิงบวก



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมและแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ สุนทิแพทย์ พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าตึกสูติกรรม และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทุกฉบับอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และปรับปรุงตามคำแนะนำ

2. ความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการผ่าคลอด ณ โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้ได้ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.82 และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมและเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามที่กล่าวข้างต้น ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรคโลก

2. ขั้นประสานงาน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์แก่สุนทิแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสูติกรรม คัดกรองหญิงตั้งครรภ์จากบัญชีนัดผ่าคลอดล่วงหน้าตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก และอบรมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 คน ให้ดำเนินโปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3. ขั้นดำเนินการทดลอง เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) ในทั้งสองกลุ่ม จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ แล้วเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) ด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอดก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วย Paired t-test และ 3) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent t-test ทั้งนี้ ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ *กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย (COA No.88/2025, IRB No.96/2025) แบบเร่งรัด (Expedited Review) เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2568 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากคลอดในโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 30.97 ± 6.28 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 29.30 ± 6.06 ปี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 86.7 และ 76.7 ตามลำดับ) มีบุตร 1 คนมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 56.7 เท่ากัน) และเป็นครรภ์แรกที่ไม่เคยคลอดมาก่อนมากที่สุด (ร้อยละ 56.7 เท่ากัน) มีอายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ยเท่ากัน (38.13 ± 1.04 และ 38.13 ± 0.90 สัปดาห์ตามลำดับ) สาเหตุการผ่าตัดคลอดที่พบมากที่สุดในทั้งสองกลุ่มคือ ทารกตัวใหญ่ (ร้อยละ 50.0 เท่ากัน) และมีสามีเป็นผู้ดูแลหลักมากที่สุด (ร้อยละ 93.3 และ 96.7 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p > .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร			n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (คะแนนเต็ม 40)	กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	26.00	3.00	-23.474	<.001*
		หลังทดลอง	30	38.00	1.50		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	26.30	2.90	-1.014	.319
		หลังทดลอง	30	26.80	3.00		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด (คะแนนเต็ม 225)	กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	146.00	14.00	-14.035	<.001*
		หลังทดลอง	30	187.00	12.00		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	144.00	13.50	-1.413	.168
		หลังทดลอง	30	148.00	14.50		

*p<.05

จากตารางที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 26.00 ± 3.00 เป็น 38.00 ± 1.50 คะแนน ($t=-23.474$, $p<.001$) และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นจาก 146.00 ± 14.00 เป็น 187.00 ± 12.00 คะแนน ($t=-14.035$, $p<.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนทั้งสองด้านไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($p=.319$ และ $p=.168$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (INDEPENDENT T-TEST)

ตัวแปร			n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (คะแนนเต็ม 40)	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	26.00	3.00	-0.394	.695
		กลุ่มควบคุม	30	26.30	2.90		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	38.00	1.50	18.290	<.001*
		กลุ่มควบคุม	30	26.80	3.00		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	146.00	14.00	0.563	.575
		กลุ่มควบคุม	30	144.00	13.50		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	187.00	12.00	11.349	<.001*
		กลุ่มควบคุม	30	148.00	14.50		

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
ฟื้นฟูหลังผ่าตัด (คะแนนเต็ม 225)	กลุ่มควบคุม 30	148.00	14.50		

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้ ($p = .695$) และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู ($p = .575$) ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ (38.00 ± 1.50 และ 26.80 ± 3.00 ; $t = 18.290$, $p < .001$) และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู (187.00 ± 12.00 และ 148.00 ± 14.50 ; $t = 11.349$, $p < .001$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานความรู้ใกล้เคียงกัน ($p = .695$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ตามทฤษฎีของคิงในระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ร่วมกันประเมินความรู้และความกังวล และกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคล (Mutual Goal Setting) ที่ชัดเจนและวัดผลได้ ช่วยสร้างการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจในการเรียนรู้ ประกอบกับเนื้อหาความรู้ตามหลัก ERAS ที่ครอบคลุมด้านโภชนาการ การเคลื่อนไหวร่างกาย และจิตใจอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับ King (1981) ที่อธิบายว่าปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพและการกำหนดเป้าหมายร่วมกันนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนความรู้ไม่เปลี่ยนแปลง ($p = .319$) สะท้อนว่าการพยาบาลตามปกติที่ขาดการร่วมกำหนดเป้าหมายและการให้ความรู้อย่างเป็นระบบยังไม่เพียงพอ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับณัฐนันท์ เสงี่ยมรัตน (2567) ที่พบว่าโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลโยธธรร ทำให้คะแนนดีขึ้นทั้งภายในกลุ่มและเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .05$) และจิตติราย อิงไธสง (2564) ที่พบว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนระดับความรู้สึกช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่นัดผ่าตัดคลอด แต่แตกต่างจากสุกัญญา พงษ์ศิริรักษ์ และคณะ (2567) ที่พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง ซึ่งอาจเกิดจากความไม่เท่าเทียมของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ระดับการศึกษาและการเข้าถึงแหล่งข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ได้ยืนยันความเท่าเทียมกันของทั้งสองกลุ่มทั้งด้านข้อมูลทั่วไปและคะแนนก่อนการทดลอง จึงเพิ่มความน่าเชื่อถือว่าผลที่เกิดขึ้นเป็นผลจากโปรแกรม



ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากโปรแกรมนำหลัก ERAS มาปฏิบัติเป็นรูปธรรมในแต่ละระยะ ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายเร็ว การรับประทานอาหารเร็ว การถอดสายสวนปัสสาวะเร็ว และการจัดการความปวดแบบหลายวิธี ควบคู่กับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ตามทฤษฎีของคิงในการสอนทักษะ ทบทวนเป้าหมาย และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์นำความรู้ไปปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Ljungqvist และคณะ (2017) ที่ระบุว่า ERAS เน้นการลดความเครียดจากการผ่าตัดและการเริ่มฟื้นตัวตั้งแต่นั้น ๆ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .168$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสุกัญญา พงษ์ศิริรักษ์ และคณะ (2567) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองทำให้มารดาครรภ์แรกหลังคลอดมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และจุฑารัตน์ แซ่ลื้อ และมาลี แซ่ฮุ้น (2563) ที่พบว่ามารดาครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรู้มีความพร้อมก่อนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) ทั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของ Wilson และคณะ (2018) ที่ว่าการบูรณาการทฤษฎีทางการพยาบาลกับแนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการดูแล กล่าวคือ ทฤษฎีของคิงสร้างปฏิสัมพันธ์และแรงจูงใจ ขณะที่ ERAS ให้แนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ทั้งสองแนวคิดจึงเสริมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัดไปใช้แทนการพยาบาลตามปกติ เพื่อเพิ่มความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการผ่าตัดคลอดอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในช่วงใกล้ผ่าตัดซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ลดลง

1.2 ควรจัดทำคู่มือหรือสื่อการสอนเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดคลอดที่เข้าใจง่ายสำหรับแจกให้หญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลได้ศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง เพื่อเสริมสร้างความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 แม้การศึกษาครั้งนี้จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกันในทุกข้อมูลทั่วไปทุกด้าน แต่ควรมีการติดตามและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอื่นที่อาจไม่ได้วัดไว้ในการศึกษาครั้งนี้ เช่น ระดับความ

วิตกกังวลก่อนผ่าตัด หรือการได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นนอกเหนือจากโปรแกรม เพื่อยืนยันว่าผลลัพธ์ที่พบเกิดจากประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างแท้จริง

2.2 ควรขยายระยะเวลาการติดตามผลเป็น 1-3 เดือนหลังผ่าตัดคลอด เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรม การดูแลตนเอง และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและระยะเวลาการฟื้นตัว เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อจำกัดในการวิจัย

การประเมินผลลัพธ์ในการวิจัยนี้ดำเนินการเฉพาะในช่วงระยะเวลานั้น ๆ หลังผ่าตัด ยังไม่ได้ติดตามผลระยะยาวเกี่ยวกับความยั่งยืนของพฤติกรรม การดูแลตนเองและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์การผ่าตัดคลอดในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2565.

กรมอนามัย.

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสวรรค์โลก. (2568). รายงานสถิติการคลอดและการผ่าคลอด ปี พ.ศ. 2565-2568.

โรงพยาบาลสวรรค์โลก.

จุฑารัตน์ แซ่ลื้อ และมาลี แซ่อุ่น. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ในมารดาครรภ์แรกทีคลอดบุตร โดยการผ่าตัดทางหน้าท้องต่อความพร้อมก่อนการจำหน่าย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี.

<https://surat.moph.go.th/>

จิตารีย์ อิงโสง. (2564). ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมระดับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังต่อความรู้และพฤติกรรม การปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกนั้ดผ่าคลอดที่โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 4(2), 15-24.

ณัฐชา กลางประพันธ์, อมรินทร์ นาควิเชียร, จุฑารัตน์ เลื่อนผลเจริญชัย และวิภาดา เหล่าสุขสถิต. (2565).

ประสิทธิผลโปรแกรมการฟื้นตัว (ERAS) ในการผ่าตัดคลอด: งานวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(6), 393-402.

ณัฐนันท์ เสถียรธนรัตน์. (2567). ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลยโสธร. *ยโสธรเวชสาร*, 20(1), 169-182.

สุกัญญา พงษ์ศิริรักษ์, นฤมล สีนสุพรรณ และวิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอดเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการจำหน่าย



และการติดตามหลังคลอดในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, ๑(1), 353–363.

สุกัญญา ศรีเจริญ. (2567). ผลของโปรแกรมให้ความรู้ในการดูแลตนเองระยะหลังผ่าตัดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดครั้งแรก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 14, 291–303.

Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9th ed.). Elsevier.

Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. David McKay.

Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J. D., Barros, F. C., Juan, L., Moller, A.-B., Say, L., Hosseinpour, A. R., Yi, M., de Lyra Rabello Neto, D., & Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392(10155), 1341–1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>

Huang, J., Cao, Y., Liao, C., Cai, L., & Wu, Y. (2020). Enhanced recovery after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(17), 3366–3378.

Keag, O. E., Norman, J. E., & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 15(1), Article e1002494. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>

King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. John Wiley & Sons.

Ljungqvist, O., Scott, M., & Fearon, K. C. (2017). Enhanced recovery after surgery: A review. *JAMA Surgery*, 152(3), 292–298. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.4952>

Molina, G., Weiser, T. G., Lipsitz, S. R., Esquivel, M. M., Uribe-Leitz, T., Azad, T., Shah, N., Semrau, K., Berry, W. R., Gawande, A. A., & Haynes, A. B. (2015). Relationship between cesarean

- delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA*, 314(21), 2263–2270.
<https://doi.org/10.1001/jama.2015.15553>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Sobhy, S., Arroyo-Manzano, D., Murugesu, N., Karthikeyan, G., Kumar, V., Kaur, I., Fernandez, E., Gundabattula, S. R., Betran, A. P., Khan, K., Zamora, J., & Thangaratinam, S. (2019). Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 393(10184), 1973–1982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32386-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32386-9)
- Tamang, T., Wangchuk, T., Zangmo, C., Wangmo, T., & Tshomo, K. (2021). The successful implementation of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program among caesarean deliveries in Bhutan to reduce the postoperative length of hospital stay. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, Article 637.
- Wilson, A. N., Homer, C. S. E., & Hornbuckle, J. (2018). Integrating midwifery theory and evidence-based practice: Improving care for women undergoing cesarean section. *Women and Birth*, 31(5), 379–385.
- World Health Organization. (2021, June 16). *Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access*. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise>