

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด ที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี

กันทิมา ขาวเหลือง* อารยา มั่นตราภรณ์** รุจิเรข จันทรชอน* ณิชฐาทิพย์ ทะกา*

บทคัดย่อ

บทนำ : การพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดมีความสำคัญต่อสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวทารกคลอดก่อนกำหนด ช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ค่าใช้จ่ายในการรักษา และระยะวันนอนพักรักษา ณ โรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อวิเคราะห์ปัญหา พัฒนารูปแบบ และศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) พัฒนารูปแบบการเตรียมจำหน่าย โดยวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกับทีมและสืบค้นวรรณกรรม 2) ทดลองใช้รูปแบบกับพยาบาล จำนวน 17 คน และมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 60 ราย โดยใช้คู่มือ แบบประเมินความรู้และทักษะ และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Independent t-test วิเคราะห์เชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : รูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม ประกอบด้วยคู่มือ แนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบบันทึกผลลัพธ์ ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และทักษะการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และมีความพึงพอใจในระดับมาก หลังใช้รูปแบบใหม่ อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงร้อยละ 20 ลดค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 171,529.60 บาทต่อราย และจำนวนวันนอนพักรักษา ณ โรงพยาบาลลดลงเฉลี่ย 21.5 วันต่อราย

สรุปผล : รูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 1,500 กรัมใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยสื่อสารร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาและครอบครัวทารกคลอดก่อนกำหนด เพื่อส่งเสริมศักยภาพมารดาในการดูแลทารกที่บ้าน

คำสำคัญ : รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย

* กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : อารยา มั่นตราภรณ์, E-mail: araya@bcnnon.ac.th

Received: April 12, 2025

Revised: August 30, 2025

Accepted: August 30, 2025

Discharge Planning Model for Preterm Infants with Birth Weight Less Than 1,500 Grams Development in a Hospital in Pathum Thani Province

Kuntima Kaouloung* Araya Mantraporn** Rujirek Junchorn* Nattatip Taka*

Abstract

Background: Developing a discharge planning model for preterm infants is crucial for multidisciplinary teams and families, as it helps reduce hospital readmission rates, medical costs, and the length of hospital stay.

Objective: To analyze problems, develop a discharge planning model, and evaluate the outcomes of the model for preterm infants weighing less than 1,500 grams.

Methods: The study was conducted in three phases: 1) drafting the discharge planning model through problem analysis, team collaboration, and literature review; 2) pilot testing the model with 17 nurses and 60 mothers of preterm infants using manuals, knowledge and skill assessment tools; and 3) evaluating the outcomes using descriptive statistics and Independent t-test for quantitative analysis, and content analysis for qualitative data.

Results: The discharge planning model comprised a manual, nursing practice guidelines, and outcome recording forms. Mothers in the experimental group demonstrated significantly higher knowledge and caregiving skills compared to the control group ($p < 0.001$) and reported high levels of satisfaction. After implementing the model, readmission rates decreased by 20%, average treatment costs were reduced by 171,529.60 THB per case, and average hospital stays decreased by 21.5 days per case.

Conclusions: The discharge planning model for preterm infants weighing less than 1,500 grams is an effective tool for ensuring continuity of care through collaborative communication between multidisciplinary teams and families, thereby enhancing mothers' capabilities to care for their infants at home.

Keywords: Discharge planning model, preterm, low birthweight

* Neonatal Intensive Care Unit, Department of Nursing, Pathum Thani Hospital, Pathum Thani Province

** Boromarajonani Nursing College, Changwat Nonthaburi

Corresponding Author: Araya Mantraporn, E-mail: araya@bcnnon.ac.th

บทนำ

ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม (Very Low Birth Weight: VLBW) เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตสูง ต้องรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายสูงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและคุณภาพชีวิตระยะยาวของทารกและครอบครัว ตลอดจนเป็นภาระต่อระบบสุขภาพ (Walsh et al., 2017; Kiatchoosakun et al., 2022; Boonbuamas, 2023) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) มีเป้าหมายอัตราคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7 แต่ในปัจจุบันอยู่ประมาณร้อยละ 8-12 (Kinpoon & Chaiyarach, 2021) แม้เทคโนโลยีจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต แต่ร่างกายทารกยังไม่พัฒนาเต็มที่ จึงต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดและต่อเนื่องจนสามารถหายใจเอง ดูนมได้ และมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น โดยการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาเป็นหัวใจสำคัญของการเตรียมครอบครัว (Srilamai & Teerarungsikul, 2015; Hayeese et al., 2020; Feister et al., 2024)

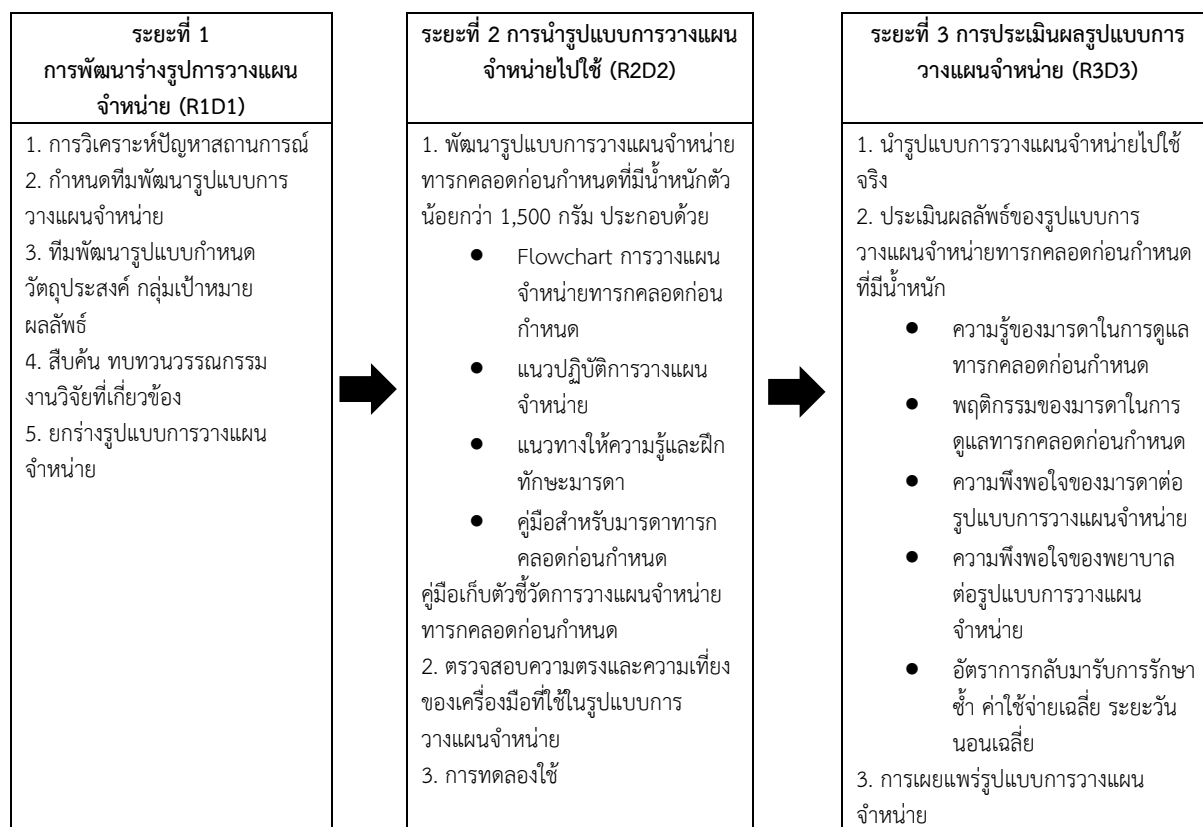
ข้อมูลจากโรงพยาบาลปทุมธานี ปี 2565–2567 พบจำนวนทารก VLBW เพิ่มขึ้นจาก 75 เป็น 93 ราย โดยมีอัตราการเสียชีวิต 17.65–28.20% วันนอนเฉลี่ย 28–37 วัน และอัตรากลับมารักษาซ้ำ 12.79–13.48% (Pathum Thani Hospital, 2024) พบปัญหาด้านความรู้ ทักษะของมารดา และระบบวางแผนจำหน่ายเดิม (D-METHOD) ขาดความทันสมัย ไม่ครอบคลุมความต้องการครอบครัว ขาดการประสานงานทีมสหสาขา และไม่มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และจากการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีข้อเสนอแนะให้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย VLBW ที่มีมาตรฐาน ชัดเจน และบูรณาการร่วมกันทุกวิชาชีพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเสนอการพัฒนารูปแบบใหม่ โดยประยุกต์แนวคิดของ National Health and Medical Research Council [NHMRC] (1999) และ D-METHOD (Division of Nursing, 1996) เพื่อให้ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ การประเมินความต้องการ และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และลดภาระค่าใช้จ่าย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบ และศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ตามกรอบแนวคิด NHMRC (1999) และ D-METHOD ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญทั้งความรู้ และทักษะการดูแล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด จนได้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายและเครื่องมือนำไปใช้ในระยะที่ 2 การนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดไปใช้ โดยทดลองใช้และนำไปใช้จริง และ ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และแผนกผู้ป่วยนอก (กุมารเวชกรรม) โรงพยาบาลปทุมธานี ระยะเวลาในเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาล 10 คน ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 แผนกผู้ป่วยนอก (กุมารเวชกรรม) และทีมสหสาขา (กุมารแพทย์ เภสัชกร พยาบาล คลินิกนมแม่ พยาบาลเวชกรรมสังคม) จำนวน 13 คน คัดเลือกแบบเจาะจง คือ มีประสบการณ์ในการดูแลและวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 8 ปี และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการ มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิม โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับพยาบาล จำนวน 10 คน และทีมสหสาขา จำนวน 5 คน ผู้วิจัยเป็นผู้นำสนทนา (Facilitator) ใช้ประเด็นในการสนทนาที่เตรียมไว้ และรักษาบรรยากาศการพูดคุย เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และสิ่งที่ต้องการพัฒนา ขออนุญาตในการใช้เครื่องบันทึกเสียง และมีผู้ช่วยวิจัยบันทึกประเด็นสำคัญ ควบคู่กัน รวมถึงสัมภาษณ์มารดาทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 5 คน เพื่อทราบปัญหาความต้องการที่แท้จริง และทบทวนข้อมูลเวชระเบียนของทารกคลอดก่อนกำหนด และตัวชี้วัดการวางแผนจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย ทีมสหสาขา จำนวน 13 คน ที่มีประสบการณ์ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างน้อย 8 ปี คือ กุมารแพทย์ จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน พยาบาล จำนวน 6 คน พยาบาลคลินิกนมแม่ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน พยาบาลเวชกรรมสังคม จำนวน 1 คน และผู้วิจัย เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบตามมาตรฐาน 2) ให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติเดียวกัน 3) ให้มารดามีความรู้และทักษะเหมาะสม 4) ตัวชี้วัดผลลัพธ์ดีขึ้น กลุ่มเป้าหมาย คือ มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนัก <1,500 กรัม ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ได้แก่ ความรู้และทักษะมารดา ความพึงพอใจของมารดาและพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ค่าใช้จ่ายในการรักษา และจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลง

ขั้นตอนที่ 4 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จาก Thaijo, Thailis, Pubmed, Google scholar ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2567 จำนวน 38 เรื่อง และคัดเลือกมาใช้พัฒนารูปแบบ จำนวน 9 เรื่อง โดยใช้คำสำคัญ PICO ได้แก่ P: Preterm with Low birth weight, I: D-METHOD, Empowerment, C: Discharge planning, O: Knowledge, skills, satisfaction, re-admitted, complications

ขั้นตอนที่ 5 ยกร่างรูปแบบการวางแผนจำหน่าย จัดประชุม 2 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ประชุมพยาบาลและทีมสหสาขา 13 คน เพื่อนำมาปรับร่างรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบท ได้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย 6 ส่วน ได้แก่ 1) Flowchart กระบวนการวางแผนจำหน่าย 2) แนวปฏิบัติการพยาบาล 3) แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD 4) แนวทางให้ความรู้และฝึกทักษะมารดา 5) คู่มือสำหรับมารดา 6) คู่มือเก็บตัวชี้วัด และครั้งที่ 2 ประชุมพยาบาล จำนวน 10 คน เพื่อสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลพยาบาล มารดาและทารก แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทักษะ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกผลลัพธ์ตัวชี้วัดหลังจำหน่าย และเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างก่อนพัฒนา (กลุ่มควบคุม) จำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ประเด็นในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ปัจจุบันมีการวางแผนจำหน่ายอย่างไร พบอุปสรรคใดในการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด ปัญหาที่พบบ่อยคืออะไร ทีมสหวิชาชีพมีบทบาทอย่างไรบ้าง มีข้อเสนอแนะหรือแนวทางใดที่ควรปรับปรุง ต้องการเครื่องมือหรือระบบสนับสนุนอะไรเพิ่มเติม ผู้ดูแลมีความรู้หรือความมั่นใจเพียงพอหรือไม่ มีการเตรียมความพร้อมอย่างไร

2. แบบบันทึกข้อความสำคัญที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลการสนทนา และแบบบันทึกข้อมูลและตัวชี้วัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประเด็นจากข้อมูลการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์สถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ระยะที่ 2 การนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดไปใช้

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาล จำนวน 17 คน ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 แผนกผู้ป่วยนอก (กุมารเวชกรรม) และมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม ในระยะทดลองนำไปใช้ จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ดูแลหลักต่อเนื่อง สื่อสารภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก ทารกไม่มีผู้ดูแลต่อเนื่อง หรือผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยจนสิ้นสุด และเกณฑ์ยุติเข้าร่วม ผู้ดูแลขอถอนตัว หรือทารกเสียชีวิตระหว่างรักษา

ขั้นตอนดำเนินการ มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบความตรงและคุณภาพรูปแบบการวางแผนจำหน่าย จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ กุมารแพทย์ พยาบาล APN และอาจารย์พยาบาลเด็ก ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content

Validity) อยู่ระหว่าง 0.67-1.0 และใช้ Appraisal of Guideline for Research and Evaluation II (AGREE II, 2017) ประเมินคุณภาพโดยรวม ได้คะแนนร้อยละ 80.3 แยกเป็น 6 หมวด ได้แก่ ขอบเขตและวัตถุประสงค์ ร้อยละ 86.1 มีส่วนร่วม ร้อยละ 81.2 ขั้นตอนพัฒนา ร้อยละ 81.5 ความชัดเจน ร้อยละ 82.7 การประยุกต์ใช้ ร้อยละ 66.7 และความเป็นอิสระ ร้อยละ 83.3 ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอเพิ่มเติมในหมวดการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทและเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 2 ทดลองใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย จัดประชุมทีมพยาบาล จำนวน 17 คน ชี้แจงแนวทางในการใช้รูปแบบและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ทดลองใช้ในมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย จำนวน 5 ราย สังเกตการปฏิบัติตามแผน ประเมินผลลัพธ์ รวบรวมข้อเสนอแนะและนำไปปรับปรุงรูปแบบ จากนั้นทดลองใช้อีกครั้งใน 5 ราย และปรับแก้ไขเพิ่มเติม จนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในหอผู้ป่วย และเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างหลังพัฒนา (กลุ่มทดลอง) จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมปัญหาอุปสรรคและปรับปรุงให้เหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

- รูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสภาวะวิกฤตทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) โดยสืบค้นข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับปรึกษากับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาที่ให้การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ (1) ผังกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย คือ แรก รับ ระหว่างรับการรักษา ก่อนจำหน่าย หลังจำหน่าย (2) แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด คือ การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย การดูแลระบบหายใจ การป้องกันติดเชื้อ การให้สารอาหาร โรคที่ทารกเป็น การสร้างสัมพันธภาพมารดาทารก การดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ (3) แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ D-METHOD ประกอบด้วย แนวทางให้ความรู้และฝึกทักษะมารดา กำหนดวิธีการสอน/ฝึกทักษะที่เหมาะสม ใช้วิธีสอนรายบุคคล การสาธิต ฝึกทักษะการดูแลในเรื่องที่ผู้ดูแลขาดทักษะ เปิดโอกาสให้ซักถามชี้แนะประเด็นสงสัย การประเมินความรู้และทักษะหลังได้รับการสอน การทบทวนเนื้อหาเดิมก่อนเริ่มเนื้อหาใหม่ กำหนดหัวข้อ ดังนี้ ทักษะการอุ้มทารก การให้นมแม่แก่ทารก ทักษะการทำความสะอาดร่างกายทารก การดูแลอุณหภูมิร่างกาย การดูแลการหายใจ การดูแลป้องกันการติดเชื้อ การดูแลส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การฉีดยาวัคซีน การพามาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ต้องพากลับมาพบแพทย์ก่อนนัด การดูแลเบื้องต้นเมื่อมีอาการผิดปกติ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับทารก (4) คู่มือสำหรับมารดาคลอดทารกก่อนกำหนด และ (5) แบบบันทึกผลลัพธ์การวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปพยาบาล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ข้อมูลทั่วไปมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย อายุมารดา อายุครรภ์ทารก ประสบการณ์ดูแลทารก น้ำหนักแรกคลอด น้ำหนักวันจำหน่าย และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

- แบบประเมินความรู้มารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 16 ข้อ ประยุกต์จาก Chupinijrobkob (2022) เกี่ยวกับความรู้เพื่อดูแลส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้เลือกคำตอบแบบถูกและผิด ค่าความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.67 และ ค่าความเชื่อมั่น KR-20 ได้ค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน เท่ากับ 0.73

- แบบประเมินทักษะมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 ข้อ ประยุกต์จาก Chupinijrobkob (2022) เกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อดูแลส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้เลือกแบบปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยหรือไม่ปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84

- แบบประเมินความพึงพอใจมารดาต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.76

- แบบประเมินความพึงพอใจพยาบาลต่อการใช้อุปกรณ์การวางแผนจำหน่าย จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.76

- แบบบันทึกผลลัพธ์การวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ อาการแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษา และระยะวันนอนเฉลี่ย

นำไปหาคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (กุมารแพทย์สาขาทารกแรกเกิด พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง การพยาบาลเด็ก และอาจารย์พยาบาลเด็ก) มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.0, 0.67, 0.67, 1.0, 1.0 และ 0.67 นำไปปรับให้เหมาะสมเพื่อนำรูปแบบลงไปสู่การปฏิบัติ และการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด มากกว่า 10 ปี จำนวน 2 คน ผู้วิจัยทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้เครื่องมือเก็บข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยก่อนการทดลองใช้แบบสังเกตพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดร่วมกัน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะสังเกตพฤติกรรมในการดูแลทารกของมารดารายเดียวกับผู้วิจัย จำนวน 5 ราย นำค่าการสังเกตที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.80

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาล จำนวน 17 คน (กลุ่มเดิม) และมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม จำนวน 60 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ดูแลหลักต่อเนื่อง ติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ทารกไม่มีผู้ดูแลต่อเนื่อง หรือผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยจนสิ้นสุด และเกณฑ์ยุติเข้าร่วม ได้แก่ ผู้ดูแลขอลถอนตัว หรือทารกเสียชีวิตระหว่างรักษา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างมารดา โดยใช้โปรแกรม G*Power ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กำหนด Effect size $d \approx 0.55$, กำหนด $\alpha = 0.05$, Power = 0.80 โดยเลือก t-test แบบอิสระ (Independent means) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน เพื่อการสูญเสีย ร้อยละ 10 จึงเพิ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน

ขั้นตอนดำเนินการ มี 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผลการใช้รูปแบบ ได้แก่ 1) ความรู้มารดา 2) ทักษะมารดา 3) ความพึงพอใจมารดา 4) ความพึงพอใจพยาบาล 5) ผลลัพธ์วัดทางคลินิก คือ อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย และวันนอนเฉลี่ยก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ขั้นตอนที่ 2 เผยแพร่รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยประชุมชี้แจงทีมสหสาขา ประกาศเป็นนโยบายของกลุ่มงานกุมารเวชกรรม และกำหนดให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานหลัก พร้อมบันทึกการวางแผนจำหน่ายไว้ในเวชระเบียนของทารกคลอดก่อนกำหนดทุกราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปพยาบาล มารดา และทารกคลอดก่อนกำหนด
2. แบบประเมินความรู้มารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด
3. แบบประเมินทักษะมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด
4. แบบประเมินความพึงพอใจมารดาต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย
5. แบบประเมินความพึงพอใจพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย
6. แบบบันทึกผลลัพธ์การวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปทุมธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ EC-PTH A030-66 วันที่ 21 พฤศจิกายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ตัวชี้วัด

สถิติเชิงอนุมาน โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Chi-square test เปรียบเทียบอัตราส่วนการรับการรักษาซ้ำและภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Fisher's exact test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาและระยะวันนอนในโรงพยาบาล คะแนนความพึงพอใจมารดา ที่เป็นอิสระต่อกัน ใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ผลพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม

- การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์วางแผนจำหน่ายรูปแบบเดิม ดังนี้

ประเด็นปัญหา มี 5 ประเด็น ได้แก่ (1) ไม่มีรูปแบบมอบหมายการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน (2) แผนการจำหน่ายไม่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบัน (3) ขาดความต่อเนื่องการดูแลและความร่วมมือของทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องในการวางแผนจำหน่าย (4) ขาดการประเมินผลการวางแผนจำหน่าย และ (5) มารดาผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลไม่เพียงพอ ดังตัวอย่าง

"ในการทำงานจริง ยังไม่มีใครที่รับผิดชอบเรื่องการวางแผนจำหน่ายอย่างชัดเจน บางครั้งก็ขึ้นอยู่กับพยาบาลเวรนั้น ๆ จะมีเวลาไหม ทำให้กระบวนการนี้ไม่ต่อเนื่องและมักถูกละเลย" Nur01

"ที่ผ่านมายังไม่มีแนวทางที่เป็นมาตรฐานหรืออิงหลักฐานวิชาการปัจจุบัน เรามักใช้วิธีเดิม ๆ ที่เคยทำกันมา โดยไม่มีการปรับปรุงตามข้อมูลใหม่" Nur04

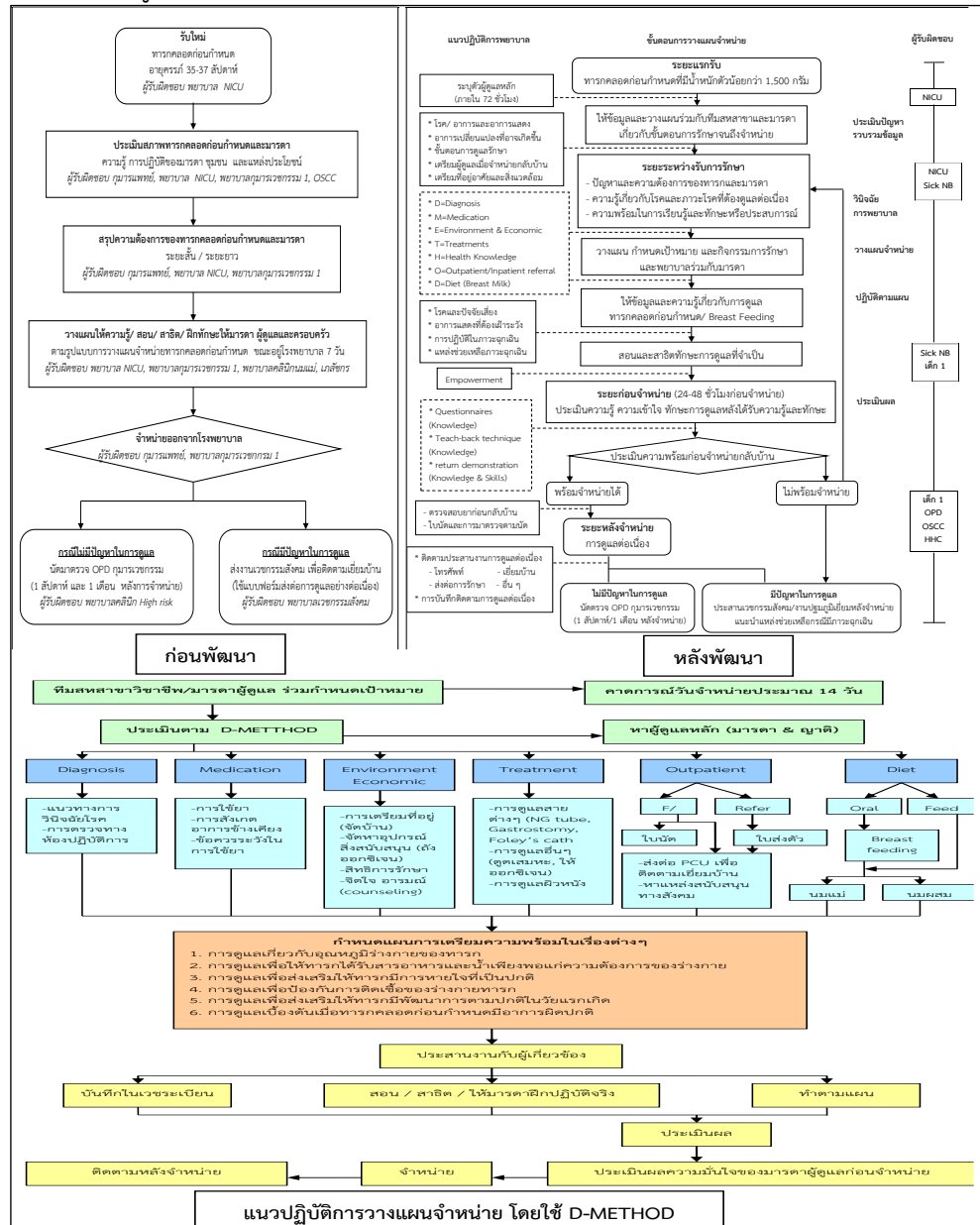
"หลายครั้งการวางแผนจำหน่ายมีแค่พยาบาลกับแพทย์เท่านั้นที่รับรู้ ส่วนทีมอื่น เช่น นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักโภชนาการ แทบไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ดูแลได้ไม่รอบด้าน" Multi01

"เราไม่มีระบบติดตามหรือประเมินแผนที่เราวางไว้ใช้ได้ผลจริงไหม เด็กกลับบ้านแล้วเป็นยังไงต่อเราก็ไม่รู้เลย" Doct01

"คุณแม่หลายคนที่มารับกลับบ้านยังไม่มั่นใจว่าจะดูแลลูกได้ เช่น ยังไม่รู้วิธีให้นม ดูแลสัญญาณเตือนหรือดูแลสุขภาพลูกที่บ้าน" Mom02

ปัจจัยส่งเสริมและสนับสนุน ได้แก่ (1) บุคลากร ทีมมีความรู้ความสามารถเฉพาะทางเพิ่มขึ้น จากเดิมกุมารแพทย์ทั่วไป 5 คน เพิ่มเพิ่มเป็น 15 คน มีกุมารแพทย์สาขาทารกแรกเกิด กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ กุมารศัลยแพทย์ และกุมารแพทย์ทั่วไป 6 คน พยาบาลหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางทารกแรก

เกิด 20 คน คิดเป็นร้อยละ 68.96 (2) การให้บริการ ผลผลิตภาระงาน (Productivity) ในปี พ.ศ. 2565-2567 คือ ร้อยละ 68.84, 71.32 และ 71.68 อัตราครองเตียง ร้อยละ 88.53, 94.29 และ 85.62 (3) อาคารสถานที่ ให้บริการ ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ย้ายหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 ชั้นที่ตึกใหม่ (18 ชั้น) ทำให้พื้นที่กว้างและมีความสะดวกสบายมากขึ้น และมีการจัดห้องสำหรับให้มารดามานอนเฝ้าดูแลทารกในขณะพักรักษาใน NICU



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังพัฒนา

การวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด รูปแบบเดิม (ก่อนพัฒนา)	การวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด รูปแบบที่พัฒนาขึ้น (หลังพัฒนา)
1. ผังกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด - มี 5 ขั้นตอน คือ (1) รับใหม่ (2) ประเมินสภาพ (3) สรุปความต้องการ (4) วางแผนให้ความรู้ สาคิต ผักทักษะ ของมารดา และ (5) จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	- มี 4 ขั้นตอน คือ (1) แกรับ (2) ระหว่างรับการรักษา (3) ก่อนจำหน่าย และ (4) หลังจำหน่าย
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด - แนวทางดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐาน มี 7 ด้าน คือ (1) ควบคุมอุณหภูมิกาย (2) ดูแลระบบหายใจ (3) การป้องกันติดเชื้อ (4) ให้สารอาหาร (5) โรคที่ทารกเป็น (6) สร้างสัมพันธภาพมารดาทารก และ (7) ดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ	- แนวทางดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม มี 7 ด้าน คือ (1) ควบคุมอุณหภูมิกาย (2) ดูแลระบบหายใจ (3) การป้องกันติดเชื้อ (4) ให้สารอาหาร (5) โรคที่ทารกเป็น (6) สร้างสัมพันธภาพมารดาทารก และ (7) ดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ
3. แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ D-METHOD - มี 6 ด้าน คือ (1) Disease (2) Medication (3) Environment & Economic (4) Treatment (5) Health (6) Outpatient/ Referral และ (7) Diet	- มี 6 ด้าน คือ (1) Disease: แนวทางวินิจฉัยโรค/ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (2) Medication: การใช้ยา/สังเกตอาการข้างเคียง/ข้อระวังในการใช้ยา (3) Environment & Economic: เตรียมจัดบ้านที่อยู่/หาอุปกรณ์, สิ่งสนับสนุน (ถังออกซิเจน)/สิทธิการรักษา/จิตใจ อารมณ์ (counseling) (4) Treatment: ดูแลสายต่างๆ (NG tube, Gastrostomy)/ดูแลดูดเสมหะ/ให้ออกซิเจน (5) Health (6) Outpatient/ Referral: ใบนัดแพทย์/ใบส่งตัว/ส่งต่อเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน/แหล่งสนับสนุนทางสังคม และ (7) Diet: กินนมแม่ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน
4. แนวทางให้ความรู้และฝึกทักษะมารดาผู้ดูแล - ไม่มีการกำหนดหัวข้อการสอน/ฝึกทักษะ รูปแบบการสอนเป็นรายกลุ่มและ/หรือรายบุคคล ส่วนใหญ่หัวข้อเรื่องที่ให้ความรู้กับมารดา คือ (1) การให้นมแม่แก่ทารก (2) การดูแลส่งเสริมพัฒนาการตามวัย (3) การฉีดยา (4) การพามาตรวจตามนัด (5) อาการผิดปกติที่ต้องพากลับมาพบแพทย์ก่อนนัด	- มีการกำหนดหัวข้อการสอน/ฝึกทักษะ รูปแบบการสอนเป็นรายบุคคล (1) การอุ้มทารก (2) การให้นมแม่แก่ทารก (3) การทำความสะอาดร่างกาย (4) การดูแลอุณหภูมิกาย (5) การดูแลการหายใจ (6) การดูแลป้องกันการติดเชื้อ (7) การดูแลส่งเสริมพัฒนาการตามวัย (8) การฉีดยา (9) การพามาตรวจตามนัด (10) อาการผิดปกติที่ต้องพากลับมาพบแพทย์ก่อนนัด (11) การดูแลเบื้องต้นเมื่อมีอาการผิดปกติ และการมีปฏิสัมพันธ์กับทารก
5. คู่มือสำหรับมารดาคลอดทารกก่อนกำหนด - ไม่มีคู่มือ	- (1) ทารกตัวน้อย คือ สิ่งมหัศจรรย์ (2) เรื่องที่พ่อแม่ควรรู้เมื่อลูกต้องเข้า NICU (3) นมแม่ในทารกคลอดก่อนกำหนด (4) เตรียมรับลูกน้อยกลับบ้าน
6. คู่มือเก็บตัวชีวิตการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด - ไม่มีคู่มือ แต่มีการเก็บข้อมูลของอัตราการกลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาล	- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย - อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล - ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษา และระยะวันนอนเฉลี่ย

2. ผลการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดไปใช้ โดยมีข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ มีจำนวนทั้งหมด 17 คน ส่วนใหญ่มีอายุประมาณ 31-35 ปี ร้อยละ 47.06 อายุ 24-30 ปี ร้อยละ 29.41 และ อายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 23.53 ตามลำดับ
3. ผลการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดไปใช้ โดยมีข้อมูลทั่วไปของ มารดา และ ทารกคลอดก่อนกำหนดที่ใช้รูปแบบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของมารดา และทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1500 กรัม (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		ค่า χ^2 / t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มารดาและทารกคลอดก่อนกำหนด						
ระดับการศึกษา						
ปริญญาตรี			13	76.47		
สูงกว่าปริญญาตรี			4	23.53		
ประสบการณ์ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด						
< 5 ปี			2	11.76		
6-10 ปี			11	64.71		
> 10 ปี			4	23.53		
อายุมารดา (ปี)					5.264	0.072
< 20 ปี	10	33.33	3	10.00		
20-35 ปี	14	46.67	17	56.67		
> 35 ปี	6	20.00	10	33.33		
อายุครรภ์ (สัปดาห์)					0.967	0.616
< 28 สัปดาห์	8	26.67	5	16.67		
28-33 สัปดาห์	19	63.33	21	70.00		
> 33-36 สัปดาห์	3	10.00	4	13.33		
ประสบการณ์การดูแลทารก					0.439	0.508
ไม่มี	28	93.33	26	86.67		
มี	2	6.67	4	13.33		
น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)					0.867	0.648
< 1,000 กรัม	9	30.00	9	30.00		
1,000-1,250 กรัม	8	26.67	11	36.67		
1,251-1500 กรัม	13	43.33	10	33.33		
น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย (กรัม) mean (SD)	1134.50 (237.16)		1305.00 (265.24)		-2.631	0.011*
น้ำหนักวันจำหน่าย (กรัม)					0.976	0.614
1800-2,000 กรัม	5	16.67	2	6.67		
2,001-2,500 กรัม	20	66.67	24	80.00		
> 2,500 กรัม	5	16.67	4	13.33		
น้ำหนักวันจำหน่ายเฉลี่ย (กรัม) mean (SD)	2298.17 (115.58)		2300.34 (214.71)		-0.045	0.964
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน)					1.495	0.684
< 15 วัน	12	40.00	11	36.67		
16-30 วัน	11	36.67	15	50.00		
31-45 วัน	4	13.33	2	6.67		
> 45 วัน	3	10.00	2	6.67		
อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ	7	23.33	1	3.33		0.048*
เข้ารับการรักษ	23	76.67	29	96.67		
ไม่เจ็บป่วย/ไม่ได้เข้ารับการรักษใน รพ.						

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		ค่า χ^2 / t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มารดาและทารกคลอดก่อนกำหนด						
อาการแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติ						0.609
มี	3	10.00	1	3.33		
ไม่มี	27	90.00	29	96.67		
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษา (บาทต่อราย)	358,447.33		186,917.73			0.002*
ระยะวันนอนเฉลี่ย (วันต่อราย)	69.83		48.33			0.008*

*p < .05 แสดงว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผลลัพธ์รูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม

ข้อมูลทั่วไปมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่าอายุมารดา อายุครรภ์ ประสบการณ์การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักวันจำหน่าย และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นน้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ยสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.011$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ดังนี้ มารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายปกติ มีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 8.57 คะแนน (SD 2.76, Min. 7, Max. 14) ส่วนมารดากลุ่มทดลองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 15.50 คะแนน (SD 0.63, Min. 11, Max. 16) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่ามารดากลุ่มทดลองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดจากการสังเกต ดังนี้ มารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายปกติ มีค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดจากการสังเกต เท่ากับ 1.92 คะแนน (SD 0.31) ส่วนมารดากลุ่มทดลองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดจากการสังเกต เท่ากับ 2.65 คะแนน (SD 0.34) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดจากการสังเกต พบว่ามารดากลุ่มทดลองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดจากการสังเกตสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจมารดาต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ดังนี้ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.36 (SD 0.63) อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.17 (SD 0.59) อยู่ในระดับมาก เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่าค่าคะแนนความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจพยาบาลต่อการนำรูปแบบไปใช้ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 86.73 (คะแนนเฉลี่ย 4.06, SD 0.33)

อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองมี อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.048$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติไม่ต่ำกว่า แม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.609$) โดยสาเหตุเข้ารับการรักษาซ้ำก่อนการพัฒนา ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในร่ากาย จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.00 และสาเหตุเข้ารับการรักษาหลังพัฒนา ได้แก่ ภาวะซีด (Anemia) จำนวน 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 3.33

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลลดลง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) และมีระยะวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลง พบว่ากลุ่มทดลองมีระยะวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$)

อภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัมในครั้งนี้เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าแนวทางเดิมที่ใช้อยู่ขาดความชัดเจนและต่อเนื่อง โดยเป็นแนวปฏิบัติที่ใช้มานานกว่า 10 ปี ทีมสหสาขาวิชาชีพยังทำงานร่วมกันอย่างไม่เป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chupinijrobkob (2022) ที่ชี้ว่าการเตรียมจำหน่ายมักเน้นการให้คำแนะนำเฉพาะวันจำหน่ายเท่านั้น โดยไม่ประเมินความต้องการหรือปัญหาของครอบครัวอย่างเป็นระบบ จากการวิเคราะห์บริบทของโรงพยาบาล พบว่ามีศักยภาพในการพัฒนารูปแบบใหม่ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการบูรณาการองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวคิดของ NHMRC (1999) กับ D-METHOD ซึ่งช่วยให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบท นำไปใช้จริงได้ และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hayeese et al. (2020) ที่เน้นว่าความสำเร็จของการดูแลต่อเนื่องต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ผลการใช้รูปแบบ พบว่า มารดาที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายจากรูปแบบใหม่นี้มีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องซึ่งช่วยให้มารดาเข้าใจการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ด้านทักษะพบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีความสามารถเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติและการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ซึ่งเป็นผลจากการสอนซ้ำและการฝึกปฏิบัติก่อนกลับบ้าน ทำให้เกิดความมั่นใจ สอดคล้องกับ Bunmachu and Theunnadee (2015) และ Chupinijrobkob (2022) ที่ระบุว่าการเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติจริงช่วยเพิ่มทั้งความรู้และทักษะในการดูแลทารก นอกจากนี้ มารดาที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบใหม่ยังแสดงความพึงพอใจในระดับสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการประเมินความต้องการตั้งแต่แรกรับ การสื่อสารที่ดี และการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับครอบครัว (Petmung, 2016) ขณะเดียวกัน พยาบาลก็มีความพึงพอใจในระดับมาก เนื่องจากรูปแบบมีขั้นตอนชัดเจน เป็นระบบ และช่วยเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของงาน (Uthayansuthi et al., 2015) ที่สำคัญ ยังพบว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบนี้มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง ระยะเวลานอนโรงพยาบาลสั้นลง และลดค่าใช้จ่ายได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้ ฝึกทักษะ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่ง สอดคล้องกับ Uthayansuthi et al. (2015) ที่ระบุว่าการวางแผนจำหน่ายที่มีคุณภาพนำไปสู่การจำหน่ายผู้ป่วยที่รวดเร็ว ปลอดภัย และมีเป้าหมาย.

ข้อจำกัดในการวิจัย

ผลของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นเพียงผลลัพธ์เบื้องต้นในช่วงเวลาหนึ่ง ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในสถานการณ์จริงต่อเนื่องอย่างน้อย 1-2 ปี รวมถึงติดตามและประเมินผลลัพธ์ระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการนำไปใช้ในบริบทอื่น ๆ ต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ ที่พัฒนาขึ้น เกิดจากร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผนพัฒนาจนได้รูปแบบที่เหมาะสมในการทำงานร่วมกับสหสาขา นำสู่การปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติจนเกิดความพึงพอใจมาก ลดอัตราเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราเสียชีวิตลงได้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร ควรเสนอรูปแบบการวางแผนจำหน่ายต่อผู้บริหาร ทั้งในระดับจังหวัด เขตสุขภาพ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

2. ด้านการบริการ ควรนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายไปใช้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม และมีการติดตามประเมินผลการวางแผนจำหน่ายอย่างสม่ำเสมอ

3. ด้านวิชาการ ควรแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลวิชาการใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยและพัฒนาครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ D-METHOD ที่มีต่ออัตราการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลรายโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อไป

2. ติดตามผลของพฤติกรรม การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้าน และคุณภาพชีวิตของทารกหรือมารดาผู้ดูแลที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ D-METHOD

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ คณะผู้บริหารกลุ่มการพยาบาลและโรงพยาบาล ทีมสหสาขา ที่ร่วมกันพัฒนารูปแบบ พยาบาลปฏิบัติการที่ร่วมสะท้อนปัญหาการปฏิบัติและทดลองใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย รวมทั้งทารกและมารดาหรือครอบครัวทุกคนที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จไปด้วยดี

References

- AGREE Next Steps Consortium. (2017). *The AGREE II Instrument* [Electronic version]. <http://www.agreetrust.org>
- Boonbuamas, S. (2023). Mortality rate and factor associated mortality in Extremely Low Birth Weight infants in Sunpasitthiprasong Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 38(2), 307–17. (in Thai)
- Bunmachu, D., & Theunnadee, S. K. (2015). Effects of promotion program on perceived self-efficacy preterm caring behaviors of mothers and health status of preterm babies. *Journal of Nursing and Health Care*, 33(4), 150–8. (in Thai)
- Chupinijrobkob, P. (2022). Effects of supportive-educative nursing system program on knowledge and caring behaviors among mothers of premature infants. *TUH Journal Online*, 7(1), 18–32. (in Thai)
- Division of Nursing, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (1996). *Guidelines for discharge planning (Discharge Planning: D-METHOD)*. (in Thai)

- Feister, J., Kan, P., Lee, H. C., & Sanders, L. (2024). Readmission after neonatal intensive care unit discharge: The importance of social drivers of health. *The Journal of Pediatrics*, 270, 114014 <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2024.114014>
- Hayeese, W., Chaimongkol, N., Damklai, W., Mama, T., Kholoarsae, Y., Pengmak, T., & Thepso, S. (2020). Premature infants: A care and post-discharge follow-up model. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 12(1), 1–14. (in Thai)
- Kiatchoosakun, P., Jirapradittha, J., Paopongsawan, P., Techasatian, L., Lumbiganon, P., Thepsuthammarat, K., & Sutra, S. (2022). Mortality and comorbidities in extremely low birth weight Thai infants: A nationwide data analysis. *Children (Basel)*, 9(12), 1825. <https://doi.org/10.3390/children9121825>
- Kinpoon, K., & Chaiyarach, S. (2021). The Incidence and Risk Factors for Preterm Delivery in Northeast Thailand. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 29(2), 100–11. <https://doi.org/10.14456/tjog.2021.13>
- National Health and Medical Research Council. (1999). *A guideline to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. <http://www.nhmrc.gov.au>
- Pathum Thani Hospital. (2024). Statistics of hospital admissions in 2022–2024.
- Petmung, S., Kasiraksa, K., & Payarang, J. (2016). Effects of providing knowledge to registered nurses on their practice in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), Krabi Hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(3), 111–26. (in Thai)
- Premji, S. S., Pana, G., Currie, G., Dosani, A., Reilly, S., Young, M., Hall, M., Williamson, T., & Lodha, A. K. (2018). Mother's level of confidence in caring for her late preterm infant: A mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), e1120–33. <https://doi.org/10.1111/jocn.14190>
- Srilamai, N., & Teerarungsikul, N. (2015). Effectiveness of maternal perceived self-efficacy enhancement program on caring for preterm babies. *Journal of Nursing and Education*, 8(2), 83–94. (in Thai)
- Walsh, M. C., Bell, E. F., Kandefer, S., Saha, S., Carlo, W. A., D'Angio, C. T., Laptook, A. R., Sanchez, P. J., Stoll, B. J., Shankaran, S., Van Meurs, K. P., Cook, N., Higgins, R. D., Das, A., Newman, N. S., Schibler, K., Schmidt, B., Cotten, C. M., Poindexter, B. B., ... Truog, W. E. (2017). Neonatal outcomes of moderately preterm infants compared to extremely preterm infants. *Pediatric Research*, 82(2), 297–304. <https://doi.org/10.1038/pr.2017.46>