

ผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

กาญจนา ทองละมูล พม.บ.¹
ศุภรสมิ์ วิเชียรตันท พย.ม.^{2*}

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: การคลอดก่อนกำหนดส่งผลต่อภาวะสุขภาพของทารกและบุคคลในครอบครัว การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการพยาบาล การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ที่มีผลต่อการเพิ่มความรู้และความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองรูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ณ โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบประเมินความรู้ และความพึงพอใจ มีความตรงเชิงเนื้อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบใช้ Risk ratio, Chi-square test, Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย: พบว่า สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง 100.00% และกลุ่มควบคุม 84.62% โดยค่า Risk ratio เท่ากับ 1.18 (95% CI = 1.003–1.392; $p = .045$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้ คะแนนความรู้ภายหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่ระดับความพึงพอใจหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Cramer's V เท่ากับ .58; $p < .001$ ($p < .05$) โดยค่ามัธยฐานคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง (4.0) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (3.1)

สรุป: รูปแบบการวางแผนจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีสัดส่วนผู้ที่มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและระดับความพึงพอใจสูงกว่าการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วางแผนการจำหน่าย ความรู้การปฏิบัติตัว

¹ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดนครปฐม

* ติดต่อผู้พิมพ์: ศุภรสมิ์ วิเชียรตันท; e-mail: supparat@webmail.npru.ac.th

วันรับ: 24 เม.ย. 2569 วันแก้ไข: 16 ก.ย. 2569 วันตอบรับ: 1 ต.ค. 2569

Effects of Discharge Planning Model for Pregnant Women with Premature Labor at Nakhon Pathom Hospital, Nakhon Pathom Province

Kanchana Thonglamoon B.N.S.¹
Supparat Wichientanont M.N.S.^{2*}

Abstract

Background: Preterm birth impacts infant mortality and disability rates. Therefore, developing effective discharge planning models is a crucial strategy for enhancing the quality of nursing services. This study aimed to examine the effects of a discharge planning model for pregnant women with preterm labor at Nakhon Pathom Hospital, Nakhon Pathom Province, with a focus on increasing knowledge and satisfaction among these women.

Methods: This quasi-experimental research employed a two-group pretest-posttest design at Nakhon Pathom Hospital. The sample consisted of 52 pregnant women with preterm labor, divided equally into an experimental group and a control group (26 each). Research instruments included the discharge planning model for pregnant women with preterm labor, a knowledge assessment, and a satisfaction assessment. The content validity of the instruments was assessed using the Index of Item-Objective Congruence (IOC), with values ranging from 0.67 to 1.00, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, risk ratio, chi-square test, and Wilcoxon signed-rank test.

Results: The findings revealed that the proportions of participants whose knowledge scores increased after the intervention were 100.00% in the experimental group and 84.62% in the control group. The risk ratio was 1.18 (95% CI = 1.003–1.392; $p = .045$), indicating a statistically significant difference ($p < .05$). Within-group comparisons showed a significant increase in knowledge scores after the intervention in both groups ($p < .001$). Regarding post-intervention satisfaction, a statistically significant difference was observed between the two groups (Cramer's $V = .58$; $p < .001$). The median satisfaction score was higher in the experimental group (4.0) than in the control group (3.1).

Conclusion: The discharge planning model for pregnant women with preterm labor was associated with a higher proportion of women improving their knowledge and with a higher level of satisfaction than usual care.

Keywords: preterm labor, discharge planning, self-care knowledge

¹ Nakhon Pathom Hospital, Nakhon Pathom Province

² Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom Province

* Corresponding author: Supparat Wichientanont; e-mail: supparat@webmail.npru.ac.th

Received: 24 April 2026 Revised: 16 September 2026 Accepted: 1 October 2026

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีผลกระทบอย่างมากต่อเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี¹ เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ โดยเฉพาะทารกที่คลอดก่อน 37 สัปดาห์ ซึ่งข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ระบุว่าในปี 2020 มีทารกเกิดก่อนกำหนดถึงประมาณ 13.4 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 10 ของการเกิดมีชีพทั่วโลก ส่งผลให้ทารกเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพรุนแรง เนื่องจากอวัยวะสำคัญ เช่น ปอด สมอง¹⁻² และระบบอาหารยังพัฒนาไม่สมบูรณ์³ และมีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนมากถึง 900,000 ถึง 1 ล้านรายต่อปี⁴ นอกจากนี้ทารกกลุ่มนี้ยังมีโอกาสเกิดปัญหาทางพัฒนาการและสติปัญญาสูงกว่าทารกครบกำหนดถึง 10-12 เท่า⁵⁻⁶

ในประเทศไทย ปี 2566 อัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ร้อยละ 10.42 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้⁶⁻⁷ ทารกกลุ่มนี้มักมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม และต้องเข้ารับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิด (neonatal intensive care unit : NICU) ถึงร้อยละ 40-50 ของทารกคลอดก่อนกำหนดทั้งหมด⁷ ขณะที่การขาดความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงของมารดาทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวโดยสรุป การคลอดก่อนกำหนดเป็นวิกฤตสุขภาพที่ต้องอาศัยการวางแผนและการดูแลที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความสูญเสียทั้งด้านชีวิตและคุณภาพชีวิต⁸ สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของภาวะนี้คือ ประวัติการคลอดก่อนกำหนด¹ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น การตั้งครรภ์แฝด การติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ภาวะโลหิตจาง⁸ โรคประจำตัวของมารดาความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ทุพโภชนาการ และความเครียดเรื้อรัง¹⁻³ ในประเทศไทยยังพบว่า การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์และอายุของมารดา (วัยรุ่นและอายุมาก) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ⁷⁻⁸ เช่นเดียวกับภาวะโลหิตจาง ดัชนีมวลกายต่ำ และภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด⁹ นอกจากนี้การทำงานหนักหรือยืนนานเกินไปก็เพิ่มความเสี่ยงได้เช่นกัน การคัดกรองและเฝ้าระวังตั้งแต่แรกของการฝากครรภ์จึงมีความสำคัญยิ่งต่อการป้องกันปัญหาในอนาคต¹⁰

ในระดับสากล การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอาศัยการบูรณาการเทคโนโลยีทางการแพทย์และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดย WHO เน้นการคัดกรองความเสี่ยงแต่เนิ่น ๆ และงานวิจัยยืนยันว่า การใช้ยากลุ่มโปรเจสโตโรนในสตรีที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดหรือมีปากมดลูกสั้น ช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญ^{1,3} นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีอัลตราซาวด์ความยาวปากมดลูกร่วมกับการใส่ห่วงพยุงครรภ์หรือการเย็บผูกปากมดลูกในกลุ่มเสี่ยงสูงก็ช่วยประคับประคองอายุครรภ์ได้ดี² ในประเทศไทยเน้นระบบเฝ้าระวังระดับชุมชน และการพัฒนาโมเดลการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพควบคู่กับการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อช่วยลดช่องว่างระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ และลดความเสี่ยงของภาวะนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{7-8,10,11} การวางแผนจำหน่าย ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน เน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะการประเมินอาการเจ็บครรภ์ด้วยตนเอง เพื่อยืดอายุครรภ์และป้องกันการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ^{10,12} โดยหลัก D-METHOD ซึ่งประกอบด้วย diagnosis, medication, environment/hygiene, treatment, health และ diet¹³⁻¹⁴ ได้รับการนำมาใช้เป็นมาตรฐาน ผลวิจัยทั้งในและต่างประเทศระบุว่า การเพิ่มความรู้และทักษะปฏิบัติตัวสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ สตรีที่ได้รับข้อมูลอย่างชัดเจนเกี่ยวกับอาการเตือนจะมีความวิตกกังวลลดลงและสามารถมาพบแพทย์ได้ทันทั่วทั้งที่^{1,2} ในประเทศไทย กองการพยาบาล ได้นำการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายของพยาบาล¹⁴ และมีการพัฒนาสตรีตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสังเกตอาการท้องแข็ง

ซึ่งเป็นสัญญาณสำคัญที่หลายคนมักสับสน ลดการทำงานหนักและกิจกรรมเสี่ยงอื่น ๆ รวมถึงจัดการความเครียดได้ดียิ่งขึ้น¹¹ ส่งผลให้ปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ต่อเนื่องและลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ^{1,8,11} นอกจากนี้ การสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะสามีหรือญาติใกล้ชิด มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและประเมินสัญญาณเตือน รวมถึงช่วยดูแลการใช้ยาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บ้านอย่างถูกต้อง งานวิจัยยืนยันว่าสตรีที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี และสามารถยืดอายุครรภ์ได้มากกว่ากลุ่มที่ขาดแรงสนับสนุนถึงสองเท่า^{3,11} รวมทั้งลดภาวะวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ผ่านการประคับประคองทางอารมณ์ ที่จะช่วยให้การวางแผนจำหน่ายนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ช่วยปิดช่องว่างความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยสูงสุดให้กับทั้งมารดาและทารกในครรภ์^{10,11,15}

จากสถิติของโรงพยาบาลนครปฐมซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดในปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 อยู่ที่ร้อยละ 12.65, 12.50 และ 9.94 ตามลำดับ แม้จะมีแนวโน้มลดลงแต่ยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่กรมอนามัยกำหนดไว้ที่ไม่เกินร้อยละ 9 สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ปัญหาสำคัญที่พบในปัจจุบันคือ การขาดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เป็นรูปธรรมและชัดเจนสำหรับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ การดูแลส่วนใหญ่เน้นที่การรักษาตามอาการและการปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ในระยะเฉียบพลัน เช่น การให้ยาระงับการหดตัวของมดลูกและการจำกัดกิจกรรม ทว่าการให้คำแนะนำด้านการดูแลตนเองมักเกิดขึ้นเพียงในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมีความรู้ไม่เพียงพอ ขาดทักษะในการประเมินอาการวิกฤต และมีความพึงพอใจต่อระบบบริการอยู่ในระดับที่ยังไม่น่าพอใจ การส่งต่อความรู้จากโรงพยาบาลสู่บ้านที่ไม่ต่อเนื่องจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ หรือเกิดการคลอดก่อนกำหนดที่ป้องกันได้ ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากลและบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ การนำหลัก D-METHOD มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนจำหน่ายจึงเป็นนวัตกรรมบริการที่ตอบโจทย์อย่างยิ่ง รูปแบบนี้มุ่งเน้นการจัดระบบข้อมูลและการดูแลครอบคลุม 6 ด้านสำคัญ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องโรค 2) การใช้ยาอย่างถูกต้อง 3) การปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม 4) การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ 5) การตระหนักถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด และ 6) การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการให้สามีหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะผู้ดูแลหลัก เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีกิจกรรมหลักที่เน้นการเปลี่ยนจากการสอนก่อนกลับบ้านเป็นกระบวนการเรียนรู้คู่ขนานกับการรักษา มีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ ประเมินและวางแผนร่วมกับสหวิชาชีพ โปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่เฉพาะกิจ ฝึกทักษะการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนวิกฤต จัดการด้านยาและโภชนาการอย่างเข้มงวด ระบบสายใยออนไลน์ ติดตามเชิงรุก และสร้างความมั่นใจก่อนจำหน่าย โดยมีผลลัพธ์หลักที่เป็นระยะสั้น คือ การเพิ่มความรู้และความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์ หากผลลัพธ์เป็นไปตามที่มุ่งหวัง จะส่งผลต่อผลลัพธ์ระยะยาวที่ติดตามอย่างต่อเนื่อง คือ การลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด เพื่อมอบโอกาสในการเริ่มต้นชีวิตที่มีคุณภาพให้แก่ทารกและครอบครัวในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลนครปฐมอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

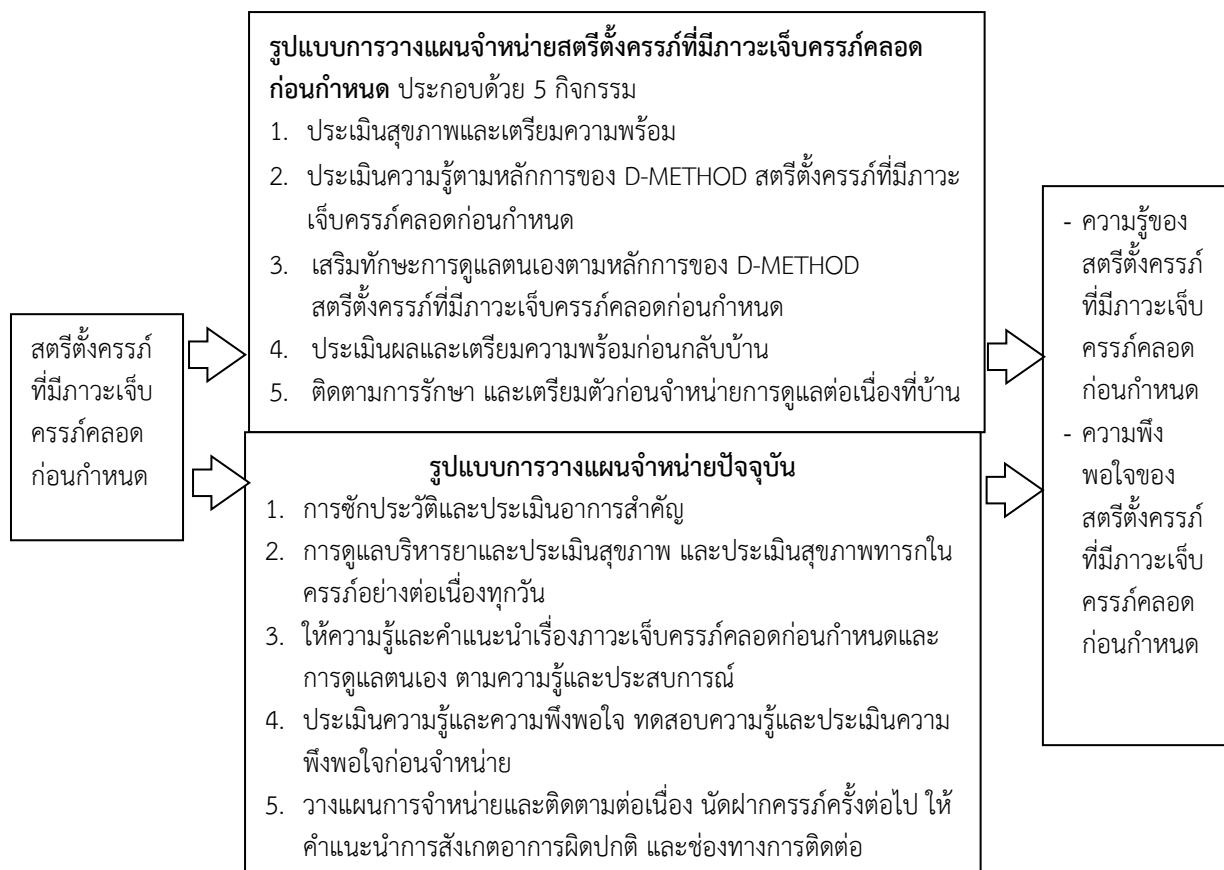
เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ต่อการเพิ่มความรู้และความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแบบแผนการวางแผนจำหน่ายสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนี้ อาศัยแนวคิดการบูรณาการระหว่างการดูแลรักษาทางคลินิกและการสร้างเสริมศักยภาพครอบครัว โดยนำหลัก D-METHOD^{12-14,16-17} มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดหลัก มี 6 องค์ประกอบ ในการให้ความรู้ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องโรค 2) การใช้อย่างถูกต้อง 3) การปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม 4) การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ 5) การมาตรวจตามนัด และ 6) การสนับสนุนทางสังคม โดยแบบแผนการวางแผนจำหน่ายนี้ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) ประเมินสุขภาพและเตรียมความพร้อม 2) ประเมินความรู้ตามหลักการของ D-METHOD สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) เสริมทักษะการดูแลตนเองตามหลักการของ D-METHOD สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4) ประเมินผลและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน 5) ติดตามการรักษา และเตรียมตัวก่อนจำหน่ายการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ใช้เวลาแต่ละครั้ง 30-45 นาที จำนวน 2 ครั้ง

ส่วน แบบแผนการวางแผนจำหน่ายปัจจุบัน เป็นการดูแลที่ประกอบด้วย การซักประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลตรวจประวัติการคลอดและการตั้งครรภ์ ข้อมูลบันทึกการตรวจครรภ์ประเมินการหดตัวของมดลูก การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยพยาบาลหน่วยงานห้องคลอดประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล ใช้เวลาแต่ละครั้ง 30-45 นาที จำนวน 2 ครั้ง

โดยกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถแสดงรายละเอียดดัง ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

การนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว จะช่วยเพิ่มระดับความรู้และความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2567–กุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสูติแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาและสังเกตอาการที่ห้องคลอด

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน ได้รับวินิจฉัยมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยสูติแพทย์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า แล้วจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีจับสลาก (simple random assignment) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้ารับบริการห้องคลอด 3 ปี 2565 - 2567 เข้ารับบริการห้องคลอดเฉลี่ย 25 ราย ต่อเดือน การคำนวณโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป G* POWER 3.1.9.2¹⁸ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 หาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากข้อมูล Pilot study ที่ผู้วิจัยดำเนินการศึกษานำร่อง (pilot study) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน พบ Cohen's d ประมาณ 6.29 ซึ่งมีค่ามากกว่า .80 ประมาณค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงนำค่า effect size .8¹⁹ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบแบบสองหาง (two-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอต่อการควบคุม ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 กลุ่มละ 26 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 52 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน 2) ได้รับวินิจฉัยมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยสูติแพทย์ 3) ปากมดลูกเปิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร 4) ความบางของปากมดลูกน้อยกว่า 80 เปอร์เซ็นต์ 5) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ และ 6) แพทย์ให้พักรักษาตัวอยู่ในห้องคลอดอย่างน้อย 4 วัน

เกณฑ์การคัดออก คือ ได้รับการวินิจฉัยโดยสูติแพทย์ ดังนี้ 1) มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยสูติแพทย์ร่วมกับภาวะถุงน้ำคร่ำรั่ว 2) มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษขั้นรุนแรง 3) มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและปากมดลูกเปิดมากกว่า 2 เซนติเมตร และ 4) มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความบางของปากมดลูกมากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์

เกณฑ์การถอนอาสาสมัคร คือ 1) สตรีตั้งครรภ์คลอดก่อนได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอื่นๆ และ 2) มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนให้ความรู้ครบถ้วนตามแผนการสอน

เกณฑ์การยุติการวิจัย ไม่มี เนื่องจากเป็น Minimal risk research

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม รหัสโครงการ 071/2024 วันที่รับรอง 27 ธันวาคม 2567 โดยการวิจัยครั้งนี้ก่อนจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมีการชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัครโครงการวิจัย และยินดีที่จะเข้าร่วม

โครงการด้วยความสมัครใจ ซึ่งข้อมูลที่อาสาสมัครโครงการวิจัยได้ให้แก่ผู้วิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเชื่อมโยงหรือระบุตัวตนของอาสาสมัครโครงการวิจัยแต่อย่างใด รวมถึง การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุป และอภิปรายผล จะเป็นการนำเสนอในภาพรวมเพียงเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 เครื่องมือ ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ข้อมูลทั่วไป อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ประวัติการฝากครรภ์ การตั้งครรภ์และการคลอด อายุครรภ์ที่ได้รับวินิจฉัย มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์

1.2 แบบประเมินความรู้การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามแบบตอบถูกผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุดของแบบประเมินชุดนี้อยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งระดับ ได้แก่ 0-7 คะแนน หมายถึงมีความรู้การปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับน้อย 8-14 คะแนน หมายถึงมีความรู้การปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับปานกลาง 15-20 คะแนน หมายถึงมีความรู้การปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับมาก

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อรูปแบบ การให้ความรู้การวางแผนจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าลิเคิร์ต (likert rating scales) โดยกำหนดความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 การแปลผลคะแนนความพึงพอใจโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง พึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง พึงพอใจน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด และข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 1 ข้อ สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย ก. กิจกรรมประเมินสุขภาพและเตรียมความพร้อมเข้าร่วมโครงการ ข. ประเมินความรู้ แจกสื่อ และเริ่มต้นการสอนตามหลัก D-METHOD D (Diagnosis) และ M (Medication) แจกแผ่นพับ และ QR code เรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเปิดอ่านจากสมาร์ทโฟน ค. เสริมทักษะ การดูแลตนเอง และเตรียมความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อม E (Environment) การจัดเตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อม T (Treatment) ทักษะสังเกตการหดตัวของมดลูกและฝึกจับท้องแข็งด้วยตนเอง (ใช้ถุงบีบจำลอง) H (Health) การดูแลสุขภาพ การนอนหลับพักผ่อน การจัดการความเครียด O (Out patient) การมาตรวจตามนัด และช่องทางติดต่อขอความช่วยเหลือ D (Diet) การเลือกอาหารที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ง. ประเมินผลและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน จ. กิจกรรมติดตามการรักษา และเตรียมตัวก่อนจำหน่าย และ ฉ. กิจกรรมสุดท้ายก่อนกลับบ้าน ติดใบนัดฝากครรภ์ครั้งต่อไปและคำแนะนำสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ปกติฝากครรภ์ และใบบันทึกการหดตัวของมดลูกที่ด้านในปกติฝากครรภ์

2.2 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายปัจจุบัน สำหรับกลุ่มควบคุม มีกิจกรรมหลักคือ ก. การซักประวัติ และประเมินอาการสำคัญ เริ่มตั้งแต่วันแรกที่เข้ารักษา เพื่อระบุปัญหาและวางแผนการดูแล ข. การดูแลบริหารยาและประเมินสุขภาพ และประเมินสุขภาพทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่องทุกวัน ค. ให้ความรู้และคำแนะนำ

เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการดูแลตนเอง ตามความรู้และประสบการณ์ ง. ประเมินความรู้และความพึงพอใจ ทดสอบความรู้และประเมินความพึงพอใจก่อนจำหน่าย และ จ. วางแผนการจำหน่ายและติดตามต่อเนื่อง นัดฝากครรภ์ครั้งต่อไป ให้คำแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ ช่องทางการติดต่อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้จัดทำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ประจำคณะภาควิชาสูติศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (หัวหน้าห้องคลอด) 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษประจำห้องคลอดซึ่งปฏิบัติงานประจำห้องคลอดนานกว่า 20 ปี 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา นำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence : IOC) มีค่าความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ความเหมาะสมของภาษา การใช้ข้อความให้กระชับ ไม่ซ้ำซ้อนของข้อคำถาม แล้วนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงคุณภาพคือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสตรี มีค่าความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 2) แบบทดสอบความรู้การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีค่า IOC อยู่ที่ 0.67-1.00 และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนต่อรูปแบบการให้ความรู้การวางแผนจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม มีค่า IOC อยู่ที่ 0.67-1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแบบประเมินความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่อรูปแบบการให้ความรู้การวางแผนจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลนครปฐม ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดยแบบทดสอบความรู้ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี KR 20 (Kuder – Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 และแบบประเมินความพึงพอใจหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .76 จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีความเชื่อมั่นและยอมรับได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการทดลอง ได้แก่ ผู้วิจัยเข้าชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นขอความร่วมมือในการคัดเลือกสตรีตั้งครรภ์เข้าร่วมการวิจัย เมื่อได้สตรีตั้งครรภ์ที่คาดว่าจะในกลุ่มตัวอย่างตามการวิจัยนี้แล้ว ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมจากสตรีตั้งครรภ์ ใช้เวลาประมาณ 5 -10 นาที เมื่ออาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ นักวิจัยจะทำการจับสลากสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากนั้นทำแบบทดสอบความรู้การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที

ดำเนินการทดลอง ขั้นตอนดำเนินงานผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ครังนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

กลุ่มทดลอง ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD 5 กิจกรรม จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 3-5 ซึ่งกิจกรรมใช้เวลาแต่ละครั้งละ 30-45 นาที

กลุ่มควบคุม ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายปัจจุบัน วันที่ 1 ชักประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ตรวจประวัติการคลอดและการตั้งครรภ์ ข้อมูลบันทึกการตรวจครรภ์ประเมินการหดตัวของมดลูก วันที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยพยาบาลหน่วยงานห้องคลอดประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล (ซึ่งไม่มีรูปแบบในการให้ความรู้)

2. หลังการทดลอง วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้ทำการทดลอง แจกแบบประเมินความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ สรุปรายงาน และทำการเผยแพร่

การวิเคราะห์ผลการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยทดสอบการแจกแจงปกติ (normality test) ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test ถ้าข้อมูลแจกแจงไม่อยู่ในโค้งปกติ โดยมีค่า $p\text{-value} < .05$ (โดยกำหนด $\alpha=0.05$) ใช้สถิติ Nonparametric tests ถ้าข้อมูลแจกแจงโค้งปกติใช้สถิติ Parametric tests และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย
2. วิเคราะห์ความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามหลัก D-METHOD ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้ Chi-square test และเปรียบเทียบความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้จำนวน ร้อยละ และ Risk ratio
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้ Wilcoxon signed rank test
4. วิเคราะห์ความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ จำนวน ร้อยละ median IQR และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มี drop out ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายตัวข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลพื้นฐานส่วนใหญ่ $p\text{-value} > .05$ (โดยกำหนด $\alpha=.05$) แสดงว่า การกระจายของข้อมูลกระจายตัวอยู่ในโค้งปกติ จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Chi-square test ทั้งนี้ มีเพียงข้อมูลวันนอนโรงพยาบาล $p\text{-value} < .05$ แสดงว่าการกระจายของข้อมูลกระจายตัวไม่อยู่ในโค้งปกติ จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Mann-Whitney U test หลังการทดลองพบว่าข้อมูลพื้นฐาน กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) หมายถึง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมข้อมูลพื้นฐานใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลอง ($n = 26$) และ กลุ่มควบคุม ($n = 26$)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง ($n = 26$)		กลุ่มควบคุม ($n = 26$)		Test statistics	
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	χ^2	p-value
อายุ (ปี)					0.14	0.93
≤ 20	4	15.39	5	19.24		
21-35	21	80.76	20	76.91		
36-59	1	3.85	1	3.85		
	Min = 19 Max = 38		Min = 19 Max = 37			
	Mean (SD)= 26.62(5.68)		Mean (SD) = 26.77 (5.54)			
ระดับการศึกษาสูงสุด					2.17	0.71
ประถมศึกษา	1	3.85	2	7.69		
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	30.77	11	42.31		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.	14	53.85	11	42.31		
อนุปริญญา/ ป.ว.ส.	1	3.85	0	0		
ปริญญาตรี	2	7.69	2	7.69		
อาชีพ					2.27	0.51
งานบ้าน	10	38.46	11	42.31		
รับจ้าง	10	38.46	8	30.77		
ค้าขาย	3	11.54	6	23.08		
นักเรียน/นักศึกษา	3	11.54	1	3.85		
รายได้					2.64	0.62
ไม่มีรายได้	13	50.00	12	46.15		
5,001-10,000 บาท	6	23.08	9	34.62		
10,001-15,000 บาท	4	15.38	4	15.38		
15,001-20,000 บาท	2	7.69	0	0		
มากกว่า20,000 บาท	1	3.85	1	3.85		
โรคประจำตัว					4.53	0.34
ไม่มี	24	92.31	21	80.77		
มี	2	7.69	5	19.23		
HT	2	7.69	1	3.85		
DM	0	0	1	3.85		
AIDS	0	0	1	3.85		
พาหะ Thalassemia	0	0	2	7.68		
ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด						
ลำดับการตั้งครรภ์ (ครรภ์ที่)					0.60	0.89
ครรภ์ที่ 1	9	34.62	11	46.15		
ครรภ์ที่ 2	8	30.77	7	26.92		
ครรภ์ที่ 3	7	26.92	7	23.08		
ครรภ์ที่ 4	2	7.69	1	3.85		

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง (n= 26)		กลุ่มควบคุม (n= 26)		Test statistics	
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	χ^2	p-value
จำนวนการคลอดทั้งหมด (ครั้ง)					0.60	0.74
ไม่มี	11	42.31	11	42.31		
คลอด 1 ครั้ง	9	34.62	11	42.31		
คลอด 2 ครั้ง	6	23.08	4	15.38		
จำนวนการแท้งทั้งหมด (ครั้ง)					3.25	0.07
ไม่มี	15	57.69	21	80.77		
แท้ง 1 ครั้ง	11	42.31	5	19.23		
จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ (คน)					0.60	0.74
ไม่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่	11	42.31	11	42.31		
บุตรที่มีชีวิตอยู่ 1 คน	9	34.62	11	42.31		
บุตรที่มีชีวิตอยู่ 2 คน	6	23.08	4	15.38		
การคลอดก่อนกำหนด					0.13	0.71
ไม่มี	22	84.62	21	80.77		
มี	4	15.38	5	19.23		
ประวัติการฝากครรภ์					0.00	1.00
ANC ครั้งแรกมากกว่า 12 สัปดาห์	14	53.85	14	53.85		
ANC ครั้งแรกน้อยกว่า 12 สัปดาห์	12	46.15	12	46.15		
อายุครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (สัปดาห์)					1.74	0.98
27	2	7.69	1	3.85		
28	1	3.85	2	7.69		
29	3	11.54	3	11.54		
30	2	7.69	2	7.69		
31	0	0	1	3.85		
32	5	19.23	5	19.23		
33	3	11.54	3	11.54		
34	7	26.92	6	23.08		
35	3	11.54	3	11.54		
	Min = 27, Max = 35		Min = 27, Max = 35			
	Mean (SD)= 31.96 (2.52)		Mean (SD) = 31.88 (2.42)			
วันนอนโรงพยาบาล	Min = 4 Max = 19		Min = 4 Max = 32		0.07 ^a	
(จำนวนวันนอน)	Median=6.5; IQR=3		Median=8.5; IQR=9			

* $p < .05$, ^aMann-Whitney U test

ผลต่อความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ผู้วิจัยได้นำคะแนนความรู้ ที่ได้จากการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มาทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลแจกแจงอยู่ในโค้งปกติ เกือบทุกระยะทั้ง 2 กลุ่ม p -value $> .05$ (กำหนด $\alpha = .05$) ยกเว้นระยะหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม ที่ข้อมูลแจกแจงไม่อยู่ในโค้งปกติ โดยมีค่า p -value $< .05$ (กำหนด $\alpha = .05$)

พบว่า ในระยะก่อนทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกัน [$\chi^2=0.43$; $p=.51$ ($p > .05$)] โดยกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ ส่วนใหญ่เป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 80.77 ระดับน้อย ร้อยละ 19.23 ตามลำดับ โดยมีคะแนนความรู้ต่ำสุด 7 คะแนน สูงสุด 14 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 9.35 [mean (SD)= 9.35 (1.76)] ส่วนกลุ่มควบคุม มีระดับความรู้ ส่วนใหญ่เป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 73.08 ระดับน้อย ร้อยละ 26.92 ตามลำดับ โดยมีคะแนนความรู้ต่ำสุด 7 คะแนน สูงสุด 13 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 9.34 [mean (SD)= 9.34 (1.87)] (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n= 26)		กลุ่มควบคุม (n= 26)		Test statistics	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	χ^2	p-value*
ระดับความรู้ก่อนการทดลอง					.43	.51
-ระดับน้อย	5	19.23	7	26.92		
-ระดับปานกลาง	21	80.77	19	73.08		
คะแนนความรู้การปฏิบัติตัวก่อนการทดลอง	min=7, max=14 mean (SD)= 9.35 (1.76)		min=7, max=13 mean (SD)= 9.34 (1.87)			

* $p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น 100.00% และกลุ่มควบคุม 84.62% โดยมีค่า risk ratio เท่ากับ 1.18 (95% CI = 1.003–1.392; $p = .045$) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ที่มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการทดลองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=26)		RR**	95%CI	p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
- เพิ่มขึ้น	26	100	22	84.62	1.18	1.003 - 1.392	.045*
- ไม่เพิ่มขึ้น	0	0	4	15.38			

* $p < .05$, **RR: Risk Ratio

นอกจากนี้ จากผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลแจกแจงไม่อยู่ในโค้งปกติในระยะหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม โดยมีค่า p -value $< .05$ (กำหนด $\alpha = .05$) นั้น ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ด้วย Wilcoxon signed rank test เพื่อเปรียบเทียบผลต่างรายคู่ของอันดับเฉลี่ยคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนความรู้ภายหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มทดลอง mean rank difference =9.30; $p < .001$) และกลุ่มควบคุม (mean rank difference =3.04; $p < .001$) ทั้งนี้ สถิติ Wilcoxon signed rank test เป็นการทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่ม จึงมิได้ใช้สรุปความ

แตกต่างกันระหว่างกลุ่มโดยตรง การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในการศึกษาครั้งนี้อาศัยสัดส่วนผู้ที่มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและค่า Risk ratio ในตารางที่ 2 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลต่างรายคู่ของอันดับเฉลี่ยคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผลต่างรายคู่ของความรู้	Mean rank difference	Z	p-value*
กลุ่มทดลอง (n=26) ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	9.30	-4.48	< .001***
กลุ่มควบคุม (n=26) ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	3.04	-3.82	< .001***

* $p < .05$, *** $p < .001$

ผลต่อความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

คะแนนความพึงพอใจ ที่ได้จากการวัดหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มาทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลแจกแจงไม่อยู่ในโค้งปกติในระยหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีค่า p -value $< .05$ (กำหนด $\alpha = .05$) จึงวิเคราะห์ค่ามัธยฐานคะแนนความพึงพอใจ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประเมินด้วยแบบทดสอบความพึงพอใจ ซึ่งระดับความพึงพอใจหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่า Cramer's V เท่ากับ 0.58 แสดงถึงความแตกต่างอยู่ในระดับสูง และค่ามัธยฐานระดับความพึงพอใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้ กลุ่มทดลอง พบว่า ระดับความพึงพอใจ หลังการทดลองส่วนใหญ่เป็นระดับมาก ร้อยละ 80.77 ระดับมากที่สุด ร้อยละ 15.38 ระดับปานกลาง ร้อยละ 3.85 ตามลำดับ โดย ระดับความพึงพอใจมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4 [median (IQR) = 4 (0.30)] ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ระดับความพึงพอใจ หลังทดลองส่วนใหญ่เป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 88.46 ระดับมาก ร้อยละ 7.69 ระดับน้อย ร้อยละ 3.85 ตามลำดับ โดยระดับความพึงพอใจมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.10 [median (IQR)= 3.10 (0.30)] (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความพึงพอใจ หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=26)		Fisher's exact test	p	df	Cramer's V
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ				
ระดับความพึงพอใจ					70.95	<001 ^a	7	.58
- น้อย	0	0	1	3.85				
- ปานกลาง	1	3.85	23	88.46				
- มาก	21	80.77	2	7.69				
- มากที่สุด	4	15.38	0	0				
ค่ามัธยฐาน	median (IQR)= 4.00		median (IQR)= 3.10					
ระดับความ	(0.30)		(0.30)					
พึงพอใจ								

* $p < .05$; ^aFisher's Exact Test

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ต่อการเพิ่มความรู้และความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์ โดยพบว่าผลลัพธ์ต่อความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งภายหลังการทดลอง สตรีตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองกลุ่ม แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น พบว่ากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผลในด้านความพึงพอใจพบว่า สตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์มากถึงมากที่สุด ขณะที่สตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาข้อมูลพื้นฐานด้านความรู้ก่อนเริ่มการทดลอง พบว่า สตรีตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่มีระดับความรู้พื้นฐานอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง การที่ระดับความรู้ในระยะแรกเริ่มของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน สะท้อนถึงความเทียบเท่ากันของทั้งสองกลุ่มในระยะเริ่มต้น อันเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อความตรงภายในของการวิจัย ที่เน้นย้ำความสำคัญของการควบคุมตัวแปรต้นตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อให้ผลการวิจัยมีความเที่ยงตรงภายใน การที่สตรีมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบในประเทศไทยที่พบว่า ความรู้ที่สตรีมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับนั้น เป็นการให้คำแนะนำเฉพาะในวันที่ยาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่มีการให้ความรู้ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งส่งผลให้ในระยะแรก ผู้ป่วยจึงมีความรู้เพียงระดับพื้นฐาน¹⁴ สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ เมเลิส¹³ ที่ชี้ให้เห็นว่า หากผู้ป่วยยังไม่ได้รับการเตรียมตัวตลอดกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นระบบ ระดับความรู้และความมั่นใจในการเผชิญกับสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไปจะยังอยู่ในระดับที่จำกัด นอกจากนี้ งานวิจัยในระดับสากล พบว่าการขาดการเตรียมความพร้อมผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นระบบ ส่งผลให้ระดับความรู้และความมั่นใจในการเผชิญกับสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยยังคงอยู่ในระดับที่จำกัด รวมทั้ง สตรีตั้งครรภ์มักมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพครรภ์ แต่อาจยังขาดความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับความเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งต้องอาศัยการประเมินความเสี่ยงและการวางแผนจัดการเชิงระบบจากทีมสหวิชาชีพ²⁰⁻²¹

ซึ่งในกระบวนการวางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD สอดแทรกการประเมินและวางแผนร่วมกับสหวิชาชีพ การฝึกทักษะการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน การจัดการยาและโภชนาการ การดูแลและสื่อสารระบบสายใยออนไลน์ การติดตามเชิงรุก และการสร้างความมั่นใจก่อนจำหน่าย เช่นเดียวกับงานวิจัยของต่างประเทศที่ระบุว่า การวางแผนจำหน่ายแบบสหวิชาชีพมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการยกระดับความรู้ของผู้ป่วยจากระดับปานกลางไปสู่ระดับสูง เพื่อเพิ่มทักษะการดูแลตนเองและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล²² ทั้งนี้ ผลคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับปานกลางในระยะก่อนการทดลอง เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีโครงสร้างชัดเจนอย่าง D-METHOD มาใช้เพื่ออุดช่องว่างของความรู้และป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ส่วนรูปแบบ D-METHOD ในเรื่องโรค การจัดการ และการรักษาด้วยยา มีส่วนช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ได้ดีกว่าการแนะนำแบบเดิมในวันจำหน่ายเพียงวันเดียว สอดคล้องกับแนวคิดของ แอ็กเกอร์ดี และคณะ ที่ระบุว่า การดูแลที่ต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่สม่ำเสมอ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนระดับความรู้²⁰ รวมทั้งสอดคล้องกับรูปแบบ D-METHOD ในด้านสิ่งแวดล้อมและแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้บรรจุการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติไว้ด้วยนั้น ถือว่ามีผลอย่างมากต่อการกระตุ้นการเรียนรู้ เนื่องจากทักษะและพฤติกรรมในการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์จะสามารถพัฒนาได้ดีเมื่อได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว (family support) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Duc, et al²³ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและสภาพแวดล้อมรอบตัวมีความสัมพันธ์เชิงบวก

อย่างมากต่อการเพิ่มสมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ สะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวคือแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดของกองการพยาบาล¹⁴ ที่ระบุว่า การวางแผนจำหน่ายที่เป็นรูปธรรมช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และจดจำข้อมูลได้ดีกว่าการสอนแบบไม่เป็นทางการ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chia and Ekladios²⁴ ที่ว่า การวางแผนจำหน่ายที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและร่วมตัดสินใจในการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะแรก มีส่วนสำคัญในการยกระดับความรู้ ความเข้าใจในแผนการรักษา และเพิ่มความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในส่วนของกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นเช่นกัน แต่อยู่ในระดับที่น้อยกว่ากลุ่มทดลองนั้น อธิบายได้ว่า ในฐานที่โรงพยาบาลนครปฐมเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ สตรีตั้งครรภ์ย่อมได้รับการดูแลตามมาตรฐานการรักษาพื้นฐานและคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ตามอาการอยู่แล้ว ซึ่งการได้รับการดูแลและติดตามความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพ มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมผลลัพธ์การตั้งครรภ์และลดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ²¹ ส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีพัฒนาการของคะแนนเพิ่มขึ้นตามไปด้วย และทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นตามธรรมชาติของการรับบริการ สามารถเปลี่ยนจากความรู้ระดับปานกลางไปสู่ความรู้ที่เพียงพอต่อการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานนโยบายสุขภาพระดับโลก Born Too Soon โดยองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ (WHO & UNICEF) ที่เน้นย้ำว่าการยกระดับศักยภาพและการเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์รวมถึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในระบบการดูแล (Family-centered care) ควบคู่ไปกับการจัดโปรแกรมสุศึกษาเชิงรุกที่มีโครงสร้างชัดเจน เป็นกลยุทธ์สำคัญที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดความเสี่ยงทางสูติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และขับเคลื่อนอัตราการลดลงของภาวะคลอดก่อนกำหนดในระดับสากลได้อย่างยั่งยืน²⁴ และการที่คะแนนของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมเกือบ 3 เท่า เป็นผลมาจากกิจกรรมหลักที่เน้นการฝึกทักษะการประเมินอาการวิกฤตด้วยตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Duc, et al²³ ที่ระบุว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและสภาพแวดล้อมรอบตัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกและเป็นปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญในการส่งเสริมสมรรถนะ (self-care agency) รวมถึงพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย อาจเป็นผลจากการได้รับข้อมูลตามมาตรฐานการดูแลปกติในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งแม้จะมีการให้คำแนะนำตามเกณฑ์การรักษาพื้นฐาน แต่หากขาดกระบวนการจัดการเชิงระบบและการวางแผนเชิงรุกร่วมกันของทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม ย่อมส่งผลให้การพัฒนาความรู้และความพร้อมในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ในระดับที่จำกัด²¹ ซึ่งมักเป็นการให้คำแนะนำแบบเผชิญหน้าในระยะสั้นก่อนจำหน่าย ส่งผลให้การเพิ่มขึ้นของความรู้จำกัดอยู่เพียงข้อมูลพื้นฐานเท่านั้น นอกจากนี้ ผลลัพธ์ที่กลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญยังสอดคล้องกับงานวิจัยในระดับสากลที่ยืนยันว่า การวางแผนจำหน่ายที่เป็นระบบและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจตั้งแต่ระยะแรก ช่วยยกระดับความรู้ ความเข้าใจในแผนการดูแลตนเอง และความพึงพอใจได้ดีกว่าการดูแลรูปแบบเดิม²³ อีกทั้งยังสอดคล้องกับรายงานนโยบายสุขภาพระดับโลกที่เน้นย้ำว่าการจัดโปรแกรมสุศึกษาเชิงรุกที่มีโครงสร้างชัดเจนร่วมกับการดูแลที่ยึดบุคคลและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) เป็นกลยุทธ์สำคัญที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและลดความเสี่ยงทางสูติกรรมได้อย่างยั่งยืน²⁵

สำหรับผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความพึงพอใจหลังการทดลองของสตรีตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อจำแนกรายกลุ่มพบว่า สตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโปรแกรม

อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือระดับมากที่สุด และมีเพียงส่วนน้อยที่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ในทางตรงกันข้าม สตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนใหญ่กลับมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีส่วนน้อยที่รู้สึกพึงพอใจในระดับมากและระดับน้อยตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในภาพรวมผ่านค่ามัธยฐานและช่วงการกระจายของคะแนน พบว่า แนวโน้มคะแนนความพึงพอใจในเกณฑ์กลางของทั้งสองกลุ่มยังคงมีจุดร่วมที่ใกล้เคียงกัน แต่กลุ่มทดลองแสดงให้เห็นถึงเชิงบวกและความสม่ำเสมอของความพึงพอใจในระดับที่สูงกว่าอย่างเห็นได้ชัด สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD การมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติ และการใช้การสื่อสารออนไลน์เพื่อติดตามอาการผิดปกติ รวมทั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ดีกว่าการดูแลรูปแบบเดิม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chia and Ekladios²⁴ ที่ยืนยันว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยของออสเตรเลียให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะแรก และการร่วมตัดสินใจในกระบวนการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การบูรณาการการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและการสื่อสารที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถเพิ่มความพึงพอใจและอุดช่องว่างของการขาดการสื่อสารในระยะเริ่มต้นได้ และลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ

การที่กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในระดับสูง เป็นผลมาจากการปรับปรุงระบบสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติ และการใช้สื่อสารออนไลน์เพื่อติดตามอาการผิดปกติต่าง ๆ รวมทั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานนโยบายสุขภาพระดับโลก Born Too Soon โดยองค์การอนามัยโลก ยูนิเซฟ และภาคีเครือข่าย (WHO, UNICEF & PMNCH)²⁵ ที่ระบุว่า การขับเคลื่อนระบบบริการในลักษณะยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) ร่วมกับการเคารพสิทธิและเปิดโอกาสให้ผู้ใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วม ตลอดจนการประยุกต์ใช้นวัตกรรมดิจิทัลเพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างต่อเนื่องถือเป็นหัวใจสำคัญในการยกระดับคุณภาพอภิบาลทางสุติกรรม ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความพึงพอใจและคลายความวิตกกังวลเท่านั้น แต่ยังเป็นมาตรการเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในระดับสากล และการดูแลที่ต่อเนื่องของ แอ็กเกอร์ตี้ ที่กล่าวถึง การที่สตรีตั้งครรภ์รู้สึกว่าเป็นตนเองและครอบครัวได้รับการสนับสนุนและมีช่องทางปรึกษาพยาบาลได้ตลอดเวลา ทำให้เกิดความมั่นใจในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น ส่งผลโดยตรงต่อการประเมินระดับความพึงพอใจในเชิงบวก²⁰ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของการดูแลในรูปแบบเดิมที่เน้นเพียงการรักษาตามอาการและขาดแผนการจำหน่ายที่ชัดเจน¹⁴ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการบริการตามมาตรฐานขั้นพื้นฐานแต่ยังไม่บรรลุถึงความพึงพอใจสูงสุด ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงยืนยันว่า การนำ D-METHOD มาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลนครปฐม ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความรู้ แต่ยังเป็นกลยุทธ์สำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศในระดับตติยภูมิ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการอย่างยั่งยืน รวมทั้งเป็นเครื่องมือที่นำไปใช้กับกลุ่มเฉพาะโรค เช่น ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอย่าง เช่น โรงพยาบาลนครปฐม โดยสามารถยกระดับทั้งความรู้และความพึงพอใจ ให้สูงกว่ามาตรฐานการดูแลเดิมอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจส่งผลดีต่อการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดของหน่วยงานในระยะยาว

โดยสรุป การวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD 6 องค์ประกอบ อันประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค การใช้อย่างถูกต้อง การปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีหัวใจสำคัญคือ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล ช่วยให้ความรู้และความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นมากกว่าการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับสากลที่ยืนยันว่า

การประเมินและติดตามความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เนิ่นๆ ในระบบบริการสุขภาพ มีผลอย่างมากต่อการลดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ทั้งนี้ กระบวนการเรียนรู้มีรูปแบบและการวางแผนเชิงรุกร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมตัดสินใจ ล้วนเป็นปัจจัยแกนหลักในการยกระดับความเข้าใจ คลายความวิตกกังวล และสร้างความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและสภาพแวดล้อมรอบตัว ยังเป็นตัวทำนายนายสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนสมรรถนะ และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางขององค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ (WHO & UNICEF) ที่ผลักดันให้การพยาบาลที่ยึดสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ควบคู่กับนวัตกรรมการสื่อสาร เป็นกลยุทธ์เชิงรุกที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในระดับสากล ดังนั้น เพื่อพัฒนาความสมบูรณ์ของรูปแบบนี้ในอนาคต ควรให้มีการขยายการศึกษาไปยังสถานพยาบาลหลายแห่งในรูปแบบหลายสถาบัน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมความหลากหลายของประชากร เพื่อให้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD นี้ ได้รับการพัฒนาเป็นมาตรฐานการปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีความน่าเชื่อถือระดับสากล และสามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพื่อมุ่งสู่สุขภาพที่ดีของมารดาและทารกอย่างยั่งยืนต่อไป^{20,25}

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการที่ควรพิจารณาประกอบการแปลผลประการแรก การวิจัยดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวและมีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำกัดการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงยังบริบทอื่นจึงทำได้ในวงจำกัด ประการที่สอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลในหน่วยงานเดียวกันและในช่วงเวลาเดียวกัน จึงมีโอกาสเกิดการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม (contamination) ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นด้วย ประการที่สาม การวัดผลลัพธ์ดำเนินการเฉพาะในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยไม่มีการติดตามผลในระยะยาวจึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าความรู้และพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นจะคงอยู่ต่อเนื่องภายหลังกลับบ้านหรือไม่ ทั้งยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการคลอดก่อนกำหนดหรือการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้ ประการที่สี่ ตัวแปรผลลัพธ์ที่ศึกษาเป็นความรู้และความพึงพอใจซึ่งอาศัยการรายงานตนเอง ผลการวัดจึงอาจได้รับอิทธิพลจากความต้องการตอบให้เป็นที่ยอมรับของสังคม (social desirability bias) และประการสุดท้าย การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ใช้สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นและค่า Risk ratio เป็นหลัก ซึ่งยังไม่สะท้อนขนาดของการเปลี่ยนแปลงคะแนน การศึกษาต่อไปจึงควรเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มด้วยสถิติที่เหมาะสม พร้อมทั้งรายงานขนาดอิทธิพล (effect size) ประกอบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสถานพยาบาลอื่นที่สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม และทรัพยากรของแต่ละโรงพยาบาล
2. นำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายนี้ไปใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้าน โดยเน้นการส่งต่อข้อมูลและการติดตามอาการที่มีประสิทธิภาพร่วมกับทีมสุขภาพในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยโดยขยายพื้นที่ไปยังสถานพยาบาลหลายแห่ง และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวหลังจำหน่าย เพื่อประเมินผลกระทบเชิงผลลัพธ์ ได้แก่ อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ อัตราการคลอดก่อนกำหนด และคุณภาพชีวิตของทั้งมารดาและทารก

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครปฐม ขอขอบพระคุณ คุณกิตตินันท์ สอดสุข สำหรับคำแนะนำอันทรงคุณค่า รวมถึงหัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาลผู้คลอด บุคลากร และอาสาสมัครที่ร่วมสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Wang Z, editor. Global women's health. London: IntechOpen; 2021. doi: 10.5772/intechopen.92947.
3. Anumba DO, Jayasooriya SM, editors. Evidence based global health manual for preterm birth risk assessment. Cham: Springer International Publishing; 2022. doi: 10.1007/978-3-031-04462-5.
4. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet 2023;402:1261-71. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00878-4.
5. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to 2030: a systematic analysis. Lancet 2015;385:430-40.
6. ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC). สถิติการคลอดก่อนกำหนด [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/>
7. ลัดดาวัลย์ เทวินทรภักดี. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่. วารสารการสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) 2567;39:71-82.
8. รัชนิ นาคกลัด, ชัญญานุช ชัยช่วย. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2567;18:88-100.
9. ธิติมา อาจิมากุล, ทิพวรรณ เลียบสี่ตระกูล. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารสูติรีเวชวิทยาไทย 2564;29:100-11.
10. บังอร ล้อมไทยสง. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาลศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566;3:431-42.
11. สุกัญญา มกกงไผ่. ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลรัฐประเทศ. วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร 2567;40:E1-13.
12. Huey FL. Working with the family to help the patient. Am J Nurs 1986;86:671-6.
13. Meleis AI. Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010.

14. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.
15. สุพัตรา เจนวิถี. ปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมในการคัดกรองภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26:1042-51.
16. Knowles MS. The adult learner: a neglected species. Houston: Gulf Publishing; 1980.
17. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs 1991;16:354-61.
18. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009;41:1149-60. doi: 10.3758/BRM.41.4.1149
19. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
20. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003;327:1219-21.
21. Atadağ Y, Aydın A, Kaya D, Öksüz A, Dilber Köşker H. Risk assessments, pregnancy and birth processes of pregnant women at primary health care center: a retrospective study. J Surg Med 2017;1:5-8. doi: 10.28982/josam.337609.
22. Abir G, Daniels K. Multidisciplinary Disaster Planning for Obstetrics. APSF Newsletter 2019;34:15-17.
23. Duc TN, Nguyen AT, Vinter CA, Rasch V, Gammeltoft TM, Nguyen CD, et al. Social support, self-care agency and self-care behaviors among pregnant women in Thai Binh, Vietnam: A cross-sectional analysis. Public Health Pract (Oxf) 2026;11:100782. doi: 10.1016/j.puhip.2026.100782.
24. Chia YYP, Ekladious A. Australian public hospital inpatient satisfaction related to early patient involvement and shared decision-making in discharge planning. Intern Med J 2021;51:891-5. doi: 10.1111/imj.14872.
25. World Health Organization. Born too soon: decade of action on preterm birth [Internet]. 2023 [cited 2026 Sep 6]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890>.