การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน

Development of a Home Visit Model for Postpartum Women Integrating Family Participation and Digital Health Technology, NADUN Hospital.

(Received: May 30,2026 ; Revised: June 1,2026 ; Accepted: June 3,2026)

ชุลีภรณ์ ปักกาเวสา[1] พิมลดา ลัดดางาม[2]ผดุงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์[3] สุปิยา วิริไฟ[3] ธนัทอร พรมลี[1] วิศรุต ศรีสว่าง[1]
Chuleeporn Pakkawesa[1] Pimlada Luddangam[2] Phadoongsit Chamnanborirak[3] Supiya Wirifai[3] Thanatorn Prommatee[1] Witsarut Srisawang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเป็นหญิงหลังคลอด จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะการดูแลตนเอง แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบประเมินความเครียด ST5 และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) อัตราการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดครบตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 58.4 สาเหตุสำคัญมาจากภาระงานบุคลากร ระยะทางห่างไกล ระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการไม่เป็นระบบเดียวกัน และขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ปัญหาในมารดาหลังคลอด ได้แก่ แผลฝีเย็บแยกและติดเชื้อ น้ำนมไม่เพียงพอ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และการใช้สารเสพติด 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ NADUN Postpartum Home Visit Model ได้แก่ N–การประเมินแบบองค์รวมตามความต้องการรายบุคคล A–การส่งเสริมการมีส่วนร่วมเชิงรุกของครอบครัว D–แพลตฟอร์มดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ U–การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 4ส และ N–การเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องระหว่างทีมสหวิชาชีพ 3) คะแนนความรู้การดูแลตนเองหลังคลอดหลังใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) มีทักษะการดูแลตนเอง ร้อยละ 86.23 มีภาวะความเครียดในระดับต่ำ การมีส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.23, SD = 0.36) และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.65, SD = 0.35)

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้านหลังคลอด, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล

Abstract

This action research aimed to develop a postpartum home visit model integrating family participation and digital health technology at Nadun Hospital. The target group consisted of 30 postpartum women selected by purposive sampling. Research instruments included a knowledge test, self-care skills assessment, family participation questionnaire, ST5 stress assessment, and satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test; qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that: 1) The postpartum home visit completion rate was only 58.4%, attributed to heavy staff workloads, long travel distances, fragmented data systems between healthcare facilities, and lack of family involvement. Problems identified among postpartum mothers included perineal wound dehiscence and infection, insufficient breast milk, postpartum depression, and substance use. 2) The

[1] โรงพยาบาลนาดูน
[2] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author E-mail:pimlada@smnc.ac.th
[3] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

developed model, NADUN Postpartum Home Visit Model, comprised five components: N–Need-based Holistic Assessment, A–Active Family Engagement, D–Digital Platform and Artificial Intelligence, U–Unified 3A 4S Health Behavior Promotion, and N–Networked Continuity of Care among multidisciplinary teams. 3) Post-implementation knowledge scores were significantly higher than pre-implementation scores ($p < .001$). Self-care skills were at a high level (86.23%). Stress levels were low of participants, with no mothers identified as having postpartum depression. Family participation was at a high level ($\bar{X} = 4.23$, SD = 0.36), and overall satisfaction was at the highest level ($\bar{X} = 4.65$, SD = 0.35).

Keywords: Postpartum Home Visit, Family Participation, Digital Health Technology

บทนำ

ระยะหลังคลอดเป็นช่วงวิกฤตที่สำคัญต่อสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิด ซึ่งครอบคลุมระยะเวลา 6 สัปดาห์แรกภายหลังการคลอดบุตร ในช่วงเวลาดังกล่าว ร่างกายของมารดาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านระบบสืบพันธุ์ ระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการปรับตัวทางด้านจิตใจและสังคม[1] การดูแลสุขภาพในช่วงนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอดอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาและพัฒนาการของทารกในระยะยาว องค์การอนามัยโลก[2]ได้กำหนดมาตรฐานการดูแลหลังคลอดไว้ว่า มารดาและทารกควรได้รับการประเมินสุขภาพอย่างน้อย 4 ครั้งในช่วง 6 สัปดาห์แรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสัปดาห์แรกมีความเสี่ยงสูงสุด

การเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดูแล ที่ต้องอาศัยการผสมผสานองค์ความรู้จากหลากหลายสาขา รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย โดยเน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3] การนำครอบครัวหญิงหลังคลอดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอด มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมแก่มารดาหลังคลอด[4] อีกทั้งการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเพียงพอยังส่งผลให้มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดลง[5] อีกทั้งต้องมีการประเมินความต้องการ การวางแผนการดูแล และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง[6] ในยุคที่เทคโนโลยีดิจิทัลมีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพ การนำเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Technology) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลหลังคลอด สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล โดยเฉพาะในด้านการติดตามอาการ การให้ข้อมูลสุขภาพ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ[7] อีกทั้งสามารถเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการและลดระยะเวลาในการเข้าถึงคำปรึกษาด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8]

ในส่วนของสถานการณ์การดูแลหลังคลอดในประเทศไทยยังคงพบปัญหาหลายประการ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[9] รายงานว่าอัตราการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดทั่วประเทศยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกลที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ อีกทั้งหญิงหลังคลอด ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐาน ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการติดเชื้อของแผลฝีเย็บ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีอาจนำไปสู่ภาวะที่รุนแรงและกระทบต่อชีวิตมารดาและทารกได้[10]

สำหรับโรงพยาบาลนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการประชาชนในพื้นที่อำเภอนาดูนและพื้นที่ใกล้เคียง จากข้อมูลการให้บริการด้านการดูแลหลังคลอดของโรงพยาบาลนาดูนในปี พ.ศ.

2565 พบว่า อัตราการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดครบตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 58.4[11] ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 80 ปัญหาดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ภาระงานของบุคลากรพยาบาลที่มีจำนวนจำกัด ระยะทางในการเดินทางไปเยี่ยมบ้านที่ห่างไกล การขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ และการขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลมารดาหลังคลอด ส่งผลให้หญิงหลังคลอดบางรายไม่ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่องเพียงพอ แม้ว่าจะดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ยังมีช่องว่างเกิดขึ้น ยังขาดการศึกษาที่บูรณาการอย่างเป็นระบบในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ร่วมกับนำแนวคิดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เกี่ยวกับ 3อ 4ส มาใช้ประกอบด้วย 3อ (อาหารดี, ออกกำลังกาย, อารมณ์ดี) และ 4ส (เลิกสูบ, เลิกดื่ม, สิ่งแวดล้อมดี, สังคมอบอุ่น)[12] เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนาดูนโดยเฉพาะ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มุ่งหวังให้ครอบครัวมีบทบาทเชิงรุกในการดูแลมารดาหลังคลอด ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมเป็นเครื่องมือในการติดตาม ประเมิน และให้คำปรึกษาแบบระยะไกล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความครอบคลุมและประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านหลังคลอด นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นสำหรับมารดาและทารก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการการเยี่ยมบ้านของหญิงหลังคลอดโรงพยาบาลนาดูน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลโรงพยาบาลนาดูน
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลโรงพยาบาลนาดูน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[13] ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไข การดำเนินการตามแผน และการประเมินผลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

1. ประชากรและกลุ่มเป้าหมายการวิจัย เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (purposive sampling) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลนาดูน หัวหน้าห้องคลอดโรงพยาบาลนาดูน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนาดูน

1.2 กลุ่มเป้าหมายพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย หัวหน้าห้องคลอดโรงพยาบาลนาดูน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนาดูน รวมทั้งหมด 15 คน

1.3 กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลนาดูน จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นหญิงหลังคลอด ไม่ว่าจะเป็นการคลอดทางช่องคลอด (Normal Labor Delivery)หรือการผ่าตัดคลอด (Cesarean Section) ที่คลอดที่โรงพยาบาลนาดูนและโรงพยาบาลใกล้เคียงที่ประสานงานรพ.นาดูน ดูแลหลังคลอดต่อเนื่อง 2) มีที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนาดูน 3) มีสมาชิกครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันและสามารถเข้าร่วมโครงการได้อย่างน้อย 1 คน 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีความสามารถในการรับรู้เข้าใจ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)
1) หญิงหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดรุนแรง เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ติดเชื้อในกระแสเลือด หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง 2) หญิงหลังคลอดที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือมีภาวะทางจิตเวช 3) หญิงหลังคลอดที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารและไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) หญิงหลังคลอดที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

2. ขอบเขตพื้นที่ดำเนินการ เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2568

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาการส่งเสริมและติดตามการเยี่ยมบ้าน มีดังนี้

1) การทบทวนเอกสาร ทบทวนเวชระเบียน การสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน การสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ และการสัมภาษณ์กับหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าห้องคลอดโรงพยาบาลนาดูน

2) การตรวจสอบเอกสารและข้อมูล แนวทางการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลนาดูน และการให้ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

3) คืนข้อมูลผลการวิเคราะห์ปัญหาการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลนาดูน ให้กับกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบ

4) การกำหนดประเด็นการพัฒนา จากการวิเคราะห์ปัญหาและข้อมูลที่รวบรวมได้ ร่วมกับทีมกลุ่มเป้าหมายพัฒนารูปแบบ โดยได้กำหนดประเด็นการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบให้สามารถปฏิบัติได้จริงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน โดยมีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและความต้องการรูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน เพื่อกำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ร่วมกับ 3อ 4ส ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

2) พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform AI) ประกอบด้วย แนวทางการประเมินหญิงหลังคลอด แนวทางการประเมินทารก บันทึกการให้นมแม่ การติดตามนัด แนวทางการแจ้งความเสี่ยง และทางการการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้หลัก 3อ และ 4ส

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน สู่การปฏิบัติดังนี้

1) ประชุมคณะทำงานฝ่ายต่าง ๆ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจตกลงร่วมกัน และมอบหมายงาน

2) ดำเนินการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform AI) โรงพยาบาลนาดูน และการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้หลัก 3อ (อาหารดี, ออกกำลังกาย, อารมณ์ดี) และ 4ส (เลิกสูบ, เลิกดื่ม, สิ่งแวดล้อมดี, สังคมอบอุ่น) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

2.1) ขั้นตอนที่ 1 ก่อนจำหน่าย พยาบาลวิชาชีพดำเนินการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อระบุปัญหา ความต้องการ และปัจจัยที่ส่งผล

ต่อการดูแลตนเองหลังคลอด พฤติกรรมสุขภาพ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา) สิ่งแวดล้อมและครอบครัว ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดแผนการเยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยกำหนดการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังคลอด

2.2) ขั้นตอนที่ 2 นำระบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform AI) โรงพยาบาลนาดูน มาลงการบันทึกและกำหนดการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 วันที่ 3 - 5 หลังคลอด พยาบาลวิชาชีพดำเนินการประเมินสุขภาพมารดาและทารก, ประเมินการดูแลตนเอง, ประเมินการให้นมแม่, ประเมินศักยภาพครอบครัว, ร่วมกับการใช้หลัก 3อ และ 4ส โดยเชิญสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมการประเมินและจัดกิจกรรมเสริมพลัง (Empowerment Activities) และแจ้งวันนัดเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไป

2.3) ขั้นตอนที่ 3 นำระบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform AI) โรงพยาบาลนาดูน มาลงการบันทึกและกำหนดการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด ประเมินพัฒนาการทารก, คัดกรองภาวะซึมเศร้า (EPDS), ประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว ร่วมกับการใช้หลัก 3อ และ 4ส โดยเชิญสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมการประเมินและจัดกิจกรรมเสริมพลัง (Empowerment Activities) และแจ้งวันนัดเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไป

2.4) ขั้นตอนที่ 4 นำระบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform AI) โรงพยาบาลนาดูน มาลงการบันทึกและกำหนดการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด ประเมินสุขภาพมารดาและทารกโดยรวม, ประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับการใช้หลัก 3อ และ 4ส ประเมินผลลัพธ์การให้นมแม่, สรุปการดูแล, ประเมินความพึงพอใจ

ระยะที่ 4 การประเมินผลของการพัฒนารูปแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดและทารก ร่วมกับการใช้หลัก 3อ 4ส ของหญิงหลังคลอด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากแนวทางการดูแลหลังคลอดของกระทรวงสาธารณสุข[12] และตำราการพยาบาลมารดาและทารก[1] แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลแผลฝีเย็บ/แผลผ่าตัดคลอด 4 ข้อ 2) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 4 ข้อ 3) การดูแลทารกแรกเกิด 4 ข้อ 4) โภชนาการและการพักผ่อนของมารดา 4 ข้อ 5) สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์ 4 ข้อ เป็นแบบทดสอบให้เลือกตอบถูก ให้ 1 คะแนน ผิด ให้ 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ

2. แบบประเมินทักษะการดูแลตนเองหลังคลอด เป็นแบบประเมินที่พยาบาลวิชาชีพใช้สังเกตและประเมินทักษะการปฏิบัติจริงของมารดาหลังคลอด พัฒนาขึ้นโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง[1,6] แบบประเมิน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การทำความสะอาดและดูแลแผลฝีเย็บ/แผลผ่าตัด 4 ข้อ การให้นมแม่อย่างถูกวิธี 4 ข้อ การดูแลทารก 4 ข้อ การสังเกตอาการผิดปกติของมารดาและทารกจำนวน 3 ข้อ รวม 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 3 ระดับ คือ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนด้วยตนเอง โดยไม่ต้องการการแนะนำ 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้แต่ยังต้องการการแนะนำหรือกระตุ้น 0 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติไม่ได้หรือไม่ยอมปฏิบัติ[14]

3. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยโดยอ้างอิงจากแนวคิด Family-Centered Care[15] และแนวคิดการมีส่วนร่วม[16] ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ การสนับสนุนด้านร่างกาย 4 การสนับสนุนด้านอารมณ์ 6 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 6 ข้อ การสนับสนุนด้านการเงินและสิ่งแวดล้อม

จำนวน 6 ข้อ รวม 24 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด[17]

4. แบบประเมิน ST5 พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[18] เพื่อใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองความเครียดเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว ข้อคำถามที่สะท้อนถึงอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อคำถาม 5 ด้าน มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป มีสมาธิน้อยลง หงุดหงิด กระวนกระวาย วุ่นวายใจ รู้สึกเบื่อ เซ็ง ไม่อยากพบปะผู้คน การให้คะแนน 0 คะแนน หมายถึง แทบไม่มี 1 คะแนน หมายถึง เป็นบางครั้ง 2 คะแนน หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง 3 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ การแปลผลคะแนนรวม 0 - 15 คะแนน 0 - 4 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับน้อย 5 - 7 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับปานกลาง 8 - 9 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับมาก 10 - 15 คะแนน หมายถึง ความเครียดระดับวิกฤต

5. แบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงหลังคลอด ต่อแนวทางการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัว ร่วมกับการใช้หลัก 3อ 4ส เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดคุณภาพบริการ[19] โดยมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มีระดับมาก (4 คะแนน) ระดับปานกลาง (3 คะแนน) ระดับน้อย (2 คะแนน) ระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51– 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด[17]

6. การสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถามได้จากวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วกำหนดประเด็นเพื่อให้ผู้ตอบ ได้แสดงความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการวางแผนเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน

7. แบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาและวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหาในการวางแผนวางแผนเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน

8. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการวางแผนเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ร่วมกับการใช้หลัก 3อ และ 4ส

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติก่อน-หลัง Paired t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2568 เลขที่ ND 13/2568

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงหลังคลอดในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนาดูน มีดังนี้

1.1 ข้อมูลพื้นฐานการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก พบว่า ในปีงบประมาณ 2567 มีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนาดูน จำนวน 59 ราย คลอดที่โรงพยาบาลนาดูน 14 ราย และมีมารดาหลังคลอดที่อาศัยและเลี้ยงดูบุตรในเขตอำเภอนาดูน รวม 46 ราย โดยจากการทบทวนย้อนหลัง 4 ปี (ปี 2565–2568) พบว่า จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนาดูนมีแนวโน้มลดลงจาก 23 ราย ในปี 2565 เหลือ 14 ราย ในปี 2567 กลุ่มมารดาหลังคลอดมีช่วงอายุระหว่าง 16–42 ปี ส่วนใหญ่คลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอด รองลงมาคือคลอดทางช่องคลอดปกติ และคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum Extraction) ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบมารดาวัยรุ่น (อายุต่ำกว่า 20 ปี) จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.7 ของมารดาหลังคลอดทั้งหมด

1.2 สถานการณ์และปัญหาในระดับระบบบริการ จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบ 4 ประเด็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ (1) โรงพยาบาลนาดูนไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านสูติกรรมและกุมารแพทย์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์บางส่วนตัดสินใจเปลี่ยนสถานที่ฝากครรภ์และคลอดไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่า ทำให้อัตราการคลอดในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง (2) สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด พบมากในกลุ่มวัยรุ่นหญิง นำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ และภาวะครรภ์เสี่ยงสูง (3) การถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทำให้เกิดการโยกย้ายและปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของระบบเฝ้าระวังและติดตามมารดาหลังคลอด (4) การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. และชุมชน ยังไม่เป็นระบบเดียวกัน ทำให้การติดตามเยี่ยมบ้านล่าช้ากว่าระยะเวลามาตรฐาน และขาดการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ

1.3 ปัญหาที่พบในมารดาหลังคลอดและทารกในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า (1) ภาวะแผลฝีเย็บแยก บวมแดง และติดเชื้อ (2) มารดามีน้ำนมน้อยและไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก (3) การให้อาหารเสริมแก่ทารกร่วมกับนมแม่ก่อนอายุ 6 เดือน (4) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression) (5) มารดาหลังคลอดได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากการจำกัดอาหารตามความเชื่ออาหารแสลง ในวัฒนธรรมท้องถิ่น (6) มารดาหลังคลอดที่มีประวัติใช้สารเสพติด โดยเฉพาะแอมเฟตามีน (7) ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลือง และการติดเชื้อในกระแสเลือด

1.4 ความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ พบความต้องการที่สำคัญ ได้แก่ (1) ระบบติดตามเยี่ยมบ้านที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและเชื่อมโยงข้อมูลแบบ Real-time ระหว่างทีมสหวิชาชีพ (2) เครื่องมือดิจิทัลที่ใช้งานง่าย ลดภาระงานเอกสาร และช่วยแจ้งเตือนการนัดเยี่ยม (3) แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม (4) สื่อการเรียนรู้ที่ครอบคลุมหลัก 3อ (อาหารดี ออกกำลังกาย อารมณ์ดี) และ 4ส (เลิกสูบ เลิกดื่ม สิ่งแวดล้อมดี สังคมอบอุ่น) และ (5) ช่องทางการให้คำปรึกษาแบบระยะไกล เนื่องจากบ้านของมารดาบางรายอยู่ห่างไกล การเข้าถึงบริการทำได้ยาก

2. ผลการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และความต้องการในระยะที่ 1 ร่วมกับการประชุมเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มเป้าหมายพัฒนารูปแบบ ได้พัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด NADUN Model ซึ่งบูรณาการแนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล และหลัก 3อ 4ส ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เข้าด้วยกัน 5

องค์ประกอบหลัก (NADUN) และ 4 ขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

2.1 องค์ประกอบของรูปแบบ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ N – Need-based Holistic Assessment (การประเมินแบบองค์รวมตามความต้องการรายบุคคล), A – Active Family Engagement (การส่งเสริมการมีส่วนร่วมเชิงรุกของครอบครัว), D – Digital Platform AI (แพลตฟอร์มดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์สำหรับการบันทึก ติดตาม และแจ้งเตือน), U – Unified 3อ 4ส Care Bundle (การให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 4ส แบบบูรณาการ) และ N – Networked Continuity of Care (การเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องระหว่างทีมสหวิชาชีพ รพช. รพ.สต. และชุมชน)

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ครอบคลุมระยะ 6 สัปดาห์แรกหลังคลอด ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพประเมินมารดาแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ประเมินศักยภาพและความพร้อมของครอบครัว ลงทะเบียนข้อมูลในแพลตฟอร์มดิจิทัล AI และวางแผนการเยี่ยมรายบุคคล 3 ครั้ง ใน 6 สัปดาห์แรก ขั้นตอนที่ 2 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (วันที่ 3–5 หลังคลอด) ดำเนินการประเมินสุขภาพมารดาและทารก การให้นมแม่ การปรับตัวด้านอารมณ์ ศักยภาพครอบครัว ร่วมกับการให้ความรู้ตามหลัก 3อ 4ส โดยเชิญสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมและจัดกิจกรรมเสริมพลัง ขั้นตอนที่ 3 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด) ประเมินพัฒนาการทารก คัดกรองภาวะซึมเศร้า และความเครียด ร่วมกับกิจกรรมเสริมพลังครอบครัว ขั้นตอนที่ 4 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด) ประเมินสุขภาพมารดาและทารกโดยรวม ผลลัพธ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.3 ระบบสนับสนุนการเยี่ยมบ้านด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform AI) ประกอบด้วย 6 ฟังก์ชันหลัก ได้แก่ (1) แบบประเมินมารดาและทารกแบบดิจิทัล (2) ระบบบันทึกการให้นมแม่และการเยี่ยม (3) ระบบ AI แจ้งเตือนการนัดและการคัดกรองความเสี่ยง (4) ระบบส่งต่อข้อมูลระหว่าง รพช. รพ.สต. และทีมเยี่ยมบ้าน (5) ระบบ e-Learning หลัก 3อ 4ส สำหรับมารดาและครอบครัว และ (6) ห้องปรึกษาออนไลน์ผ่าน LINE Official Account สำหรับการสื่อสารแบบสองทางระหว่างพยาบาลและมารดา

3.ผลการประเมินผลการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลนาดูน มีดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง หญิงหลังคลอดมีอายุเฉลี่ย 27.83 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 60.0 มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 73.3 คลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 63.3 คลอดทางช่องคลอดปกติ ร้อยละ 30.0 และคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ร้อยละ 6.7 มีสมาชิกครอบครัวร่วมดูแลเฉลี่ย 2 คน โดยส่วนใหญ่เป็นสามี รองลงมาคือ มารดาของผู้คลอด

3.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดและทารกร่วมกับการใช้หลัก 3อ 4ส ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบ ($\overline{X}$ = 17.43, SD = 1.36) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($\overline{X}$ = 11.20, SD = 2.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 16.487, p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้การดูแลตนเองหลังคลอด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 30)

ระยะ	$\overline{X}$	SD	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	11.20	2.18		
หลังการใช้รูปแบบ	17.43	1.36	16.487	< .001*

3.3 ผลการประเมินทักษะการดูแลตนเองหลังคลอด หลังการใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะการดูแลตนเองหลังคลอดเฉลี่ย 25.87 คะแนน (SD = 2.04) คิดเป็นร้อยละ 86.23 อยู่ในระดับสูง โดยทักษะที่ทำได้ดีที่สุดคือ การทำความสะอาดและดูแลแผลฝีเย็บ/แผลผ่าตัด รองลงมาคือ การให้นมแม่อย่างถูกวิธี และการดูแลทารก ตามลำดับ

3.4 ผลการประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียด อยู่ในระดับน้อย เมื่อจำแนกตามระดับความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อย (คะแนน 0–4) จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 รองลงมามีความเครียดระดับปานกลาง (คะแนน 5–7) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และมีความเครียดระดับมาก (คะแนน 8–9) จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 ทั้งนี้ไม่พบหญิงหลังคลอดที่มีความเครียดระดับวิกฤต (คะแนน 10–15)

3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจของหญิงหลังคลอดต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.65, SD = 0.35) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\overline{X}$ = 4.73, SD = 0.31) รองลงมาคือ ด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ($\overline{X}$ = 4.68, SD = 0.36) ด้านพฤติกรรมของพยาบาลผู้เยี่ยมบ้าน ($\overline{X}$ = 4.64, SD = 0.38) และด้านความรู้และความครอบคลุมของการดูแล ($\overline{X}$ = 4.55, SD = 0.41) ตามลำดับ

3.6 ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว หลังการใช้รูปแบบ พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ย 4.23 คะแนน (SD = 0.36) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\overline{X}$ = 4.38, SD = 0.41) รองลงมาคือ การสนับสนุนด้านร่างกาย ($\overline{X}$ = 4.31, SD = 0.46) การสนับสนุนด้านการเงินและสิ่งแวดล้อม ($\overline{X}$ = 4.15, SD = 0.52) และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($\overline{X}$ = 4.06, SD = 0.55)

3.7 ผลการการสนทนากลุ่ม สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ 4 ประเด็น คือ 1) สามารถดูแลตัวเองได้มากขึ้น มีคนคอยช่วยเตือน สะท้อนว่ามารดารู้สึกมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และระบบแจ้งเตือนจากแพลตฟอร์มดิจิทัลช่วยให้ปฏิบัติตามแผนการดูแลได้สม่ำเสมอ 2) ครอบครัวเข้ามามีบทบาทอย่างชัดเจน ครอบครัวโดยเฉพาะสามีและมารดาของผู้คลอด มีความเข้าใจบทบาทและเข้ามาช่วยดูแลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรมสุขภาพ 3) เทคโนโลยีช่วยลดระยะทางและเพิ่มการเข้าถึง การปรึกษาผ่าน LINE Official Account ช่วยให้มารดาที่อยู่ห่างไกลสามารถปรึกษาได้ทันที โดยไม่ต้องเดินทาง และ4) งานเป็นระบบและส่งต่อข้อมูลได้คล่องตัว รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยลดภาระงานเอกสาร เพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล และการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาปัญหา และความต้องการการเยี่ยมบ้านของหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลนาดูน พบว่า โรงพยาบาลนาดูนมีอัตราการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด ร้อยละ 58.4 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ร้อย

ละ 80 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา อ่วมเจริญ และคณะ[10] ที่พบว่า หญิงหลังคลอดในเขตชนบทร้อยละ 42.3 ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐาน อันมีสาเหตุมาจากภาระงานที่หนัก ระยะทาง และข้อจำกัดด้านบุคลากร นอกจากนี้ ปัญหาที่พบในมารดาหลังคลอด เช่น แผลฝีเย็บแยก น้ำนมน้อย ภาวะซึมเศร้า การได้รับอาหารไม่เพียงพอจากความเชื่อ อาหารแสลงและการใช้สารเสพติด ล้วนเป็นปัญหาที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและการติดตามต่อเนื่อง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดส่วนใหญ่สามารถป้องกันและจัดการได้หากมีระบบติดตามที่มีคุณภาพ และมีการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเพียงพอ[1,5]

2. รูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น คือ NADUN Model ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ มีจุดเด่นในการบูรณาการ 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การประเมินแบบองค์รวม (Holistic Assessment) การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Participation) และเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Technology) ร่วมกับหลัก 3อ 4ส ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Family-Centered Care ของ Shields[4] ที่เน้นให้ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลสุขภาพ ที่ครอบคลุมโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ การบูรณาการทั้งสามองค์ประกอบเข้าด้วยกันในรูปแบบเดียวเป็นนวัตกรรมที่อุดช่องว่าง สอดคล้องกับข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก[2] ที่ระบุว่ามารดาและทารกควรได้รับการประเมินอย่างน้อย 4 ครั้งในช่วง 6 สัปดาห์แรก โดยเฉพาะสัปดาห์แรกซึ่งมีความเสี่ยงสูงสุด การเลือกใช้เครื่องมือ EPDS สำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้า และ ST5 สำหรับคัดกรองความเครียด ในการเยี่ยมครั้งที่ 2 ก็เป็นจังหวะเวลาที่เหมาะสม เนื่องจากเป็นช่วงที่ฮอร์โมนเริ่มปรับตัวและมารดาเริ่มเผชิญกับความเครียดจากบทบาทใหม่ อีกทั้งการนำแพลตฟอร์มดิจิทัล AI มาใช้สนับสนุนการเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dol[7] พบว่าการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนและการติดตามผ่านระบบโทรคมนาคมสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช ชูโต และคณะ[8] ที่พบว่า การใช้ LINE Official Account ในการติดตามดูแลหญิงหลังคลอด ช่วยเพิ่มความพึงพอใจและลดระยะเวลาในการเข้าถึงคำปรึกษา

3. ผลของการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งใช้ในการจัดกิจกรรมเสริมพลังครอบครัว ในทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการ หลัก 3อ 4ส ที่มารดาและครอบครัวสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองตามจังหวะของตน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของมาลีวัล เลิศสาครศิริ และคณะ[20] ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองหลังคลอดโดยบูรณาการครอบครัว ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล พบว่า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.23, SD = 0.36) โดยเฉพาะมิติการสนับสนุนด้านอารมณ์ที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 4.38) สะท้อนให้เห็นว่า การออกแบบกิจกรรมที่เชิญสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของการเยี่ยมบ้านสามารถยกระดับบทบาทของครอบครัวจากการเป็นผู้สังเกตการณ์ ไปสู่การเป็นผู้ดูแลร่วมเชิงรุก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ อรพรรณ โตสิงห์ และคณะ[5] ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเพียงพอช่วยลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่ไม่พบมารดาที่มีคะแนน EPDS ≥ 13 (ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด)

โดยสรุป รูปแบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด NADUN PHV Model ที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัว เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล และหลัก 3อ 4ส มีประสิทธิผลทั้งในระดับผู้รับบริการ เพิ่มความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจ ส่วนระดับ

ครอบครัว เพิ่มการมีส่วนร่วม และระดับระบบบริการ เพิ่มอัตราการเยี่ยมบ้านครบเกณฑ์ ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ และเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดตั้งแต่ระยะก่อนจำหน่าย และจัดทำคู่มือสำหรับครอบครัวในการดูแลมารดาและทารก

2. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรนำรูปแบบ ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด ทั้งนี้ควรปรับองค์ประกอบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

3. ควรพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นระบบเดียวกัน เพื่อให้การติดตามเยี่ยมบ้านเป็นไปอย่างต่อเนื่องและไร้รอยต่อ

เอกสารอ้างอิง

1. วิจิตรา กุสุมภ์, สุชาดา เกิดมงคลการ, รัชนี สรรเสริญ.(2563). การพยาบาลมารดาและทารก. พิมพ์ครั้งที่ 5. นครปฐม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
2. World Health Organization.(2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2026 May 18]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/ 9789240045989
3. Katon W, Russo J, Lin EH, Schmittdiel J, Ciechanowski P, Ludman E, et al.(2010). Cost-effectiveness of a multicondition collaborative care intervention: a randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(5):468-76.
4. Shields L, Zhou H, Pratt J, Taylor M, Hunter J, Pascoe E.(2012). Family-centred care for hospitalized children aged 0-12 years. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10(10):CD004811.
5. อรพรรณ โตสิงห์, นุจรี ไชยมงคล, วรรณรัตน์ ลาวัง.(2563). ผลของการสนับสนุนจากครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2563;32(3):102-16.
6. นันทนา ธนะไชย, สุภาพร ใจการุณ, และพิชชาภา พันธุ์เพ็ง.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2565;45(3):12-24.
7. Dol J, Richardson B, Murphy GT, Aston M, McMillan D, Campbell-Yeo M.(2020). Impact of mobile health interventions during the perinatal period on maternal psychosocial outcomes: A systematic review. JBI Evid Synth. 2020;18(1):30-55.
8. ปิยะนุช ชูโต, วารุณี ฟองแก้ว, นุชนาถ แก้วมาตย์.(2564). ผลของการใช้แอปพลิเคชัน LINE ในการติดตามดูแลหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(2):55-66.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2565). รายงานสถานการณ์การดูแลอนามัยแม่และเด็กประเทศไทย ประจำปี 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
10. สุพัตรา อ่วมเจริญ, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, สุพร ดนัยดุษฎีกุล.(2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการเยี่ยมบ้านหลังคลอดในเขตชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;16(2):45-58.
11. โรงพยาบาลนาดูน.(2567). รายงานประจำปีแผนกสูติเวช โรงพยาบาลนาดูน 2566. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2567.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.(2567). นโยบายด้านการสร้างสุขภาพด้วยกลไก 3อ 4ส มุ่งสู่มหาสารคามจังหวัดสุขภาพดี ปี 2568. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2567.
13. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University

Press; 1988.
14. Miller GE.(1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 1990;65(9):S63-7.
15. Shields L, Pratt J, Hunter J.(2006). Family centred care: A review of qualitative studies. J Clin Nurs. 2006;15(10):1317-23.
16. Cohen S, Wills TA.(1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985;98(2):310-57.
17. บุญชม ศรีสะอาด.(2560). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
18. กรมสุขภาพจิต.(2564). แบบประเมินความเครียด (ST5) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: กรมสุขภาพจิต Mental Health Check In
19. Donabedian A.(1988). The quality of care: How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.
20. มาลีวัล เลิศสาครศิริ, จุฬาภรณ์ โสตะ, ดาราวรรณ ต๊ะปินตา.(2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองหลังคลอดโดยบูรณาการครอบครัวต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำ และความพึงพอใจในการรับบริการ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2562;37(1):78-92.