ประสิทธิผลการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดที่มีการใช้เมทแอมเฟตามีน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

Effectiveness of the Discharge planning for postpartum who use methamphetamine Tha Khan Tho District Kalasin Province

เยาวนิตย์ ศิลาพัฒน์*
*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บทคัดย่อ

การใช้เมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงผลการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลท่าคันโท คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan ได้กลุ่มตัวอย่าง 33 คน สิ่งแทรกแซง ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย ตามแนวคิด D-METHOD จำนวน 6 ระยะ ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรก จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด

กลุ่มตัวอย่างมีอายุ ระหว่าง 19-24 ปี 36.40% (mean 28.21, SD 6.73) จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 51.50% อาชีพ ทำนา 45.50% ใช้เมทแอมเฟตามีน 2 ปี 48.80% (mean 2.09, SD 1.12) ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 3 30.30% (mean 3.51,SD 1.17) ไม่ฝากครรภ์ 30.30% มารดามี HCt < 33% 30.30% เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลอง (mean 8.75, SD 1.58) หลังการทดลอง (mean 16.33, SD 3.11) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 โดยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการจัดการความเครียด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001

ควรมีการนำกระบวนการพยาบาลการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์, เมทแอมเฟตามีน, หลังคลอด

Abstract

Methamphetamine use among pregnant women remains a major problem. The purpose of the present study was to show the effects of postpartum discharge planning for pregnant women who use methamphetamine on their knowledge and self-care behavior. A single group quasi-experimental research measures results before and after the experiment. Population of patients received services in the maternity ward of Tha Khan Tho hospital. Krejcie & Morgan's sample size was calculated as a sample of 33 people. The interventions included discharge planning program based on the D-METHOD concept in 6 phases from the first 24 hours until 6 weeks after birth.

The sample group was between 19-24 years old, 36.40% (mean 28.21, SD 6.73), 51.50% graduated from secondary school, 45.50% were farmers, used methamphetamine for 2 years, 48.80% (mean 2.09, SD 1.12). Pregnant in the third pregnancy 30.30% (mean 3.51, SD 1.17) No prenatal care 30.30% Mother has HCt< 33% 30.30%. The compared the mean scores of knowledges and self-care behavior before the experiment (mean 8.75, SD 1.58) and after the experiment (mean

16.33, SD 3.11), there was a statistically significant difference, P-value < 0.001, with scores self-care behavior Responsibility for health, physical activity and stress management There is a statistically significant difference, P-value < 0.001.

The nursing process should be implemented in planning the discharge of postpartum pregnant women who use methamphetamine. To serve as a guideline for further patient care.

Keywords: pregnant woman, methamphetamine, postpartum woman

บทนำ

สถานการณ์การใช้ยาเสพติดยังคงทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนมีการใช้มากขึ้นในเพศหญิง โดยพบว่า มีสัดส่วนถึงประมาณร้อยละ 45 ของผู้ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนทั้งหมด ทั้งนี้ส่งผลให้ 1 ใน 5 คนที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขจากการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนเป็นเพศหญิง[1] โดยเมทแอมเฟตามีนถูกพบมีการใช้ในหญิงตั้งครรภ์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพิ่มมากขึ้น[2]

การใช้เมทแอมเฟตามีนมีผลกระทบต่อเด็กในครรภ์และหลังคลอด ซึ่งอาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทำให้ทารกตัวเหลือง มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ[3] เกิดครรภ์เป็นพิษ มีภาวะซีด ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย อุณหภูมิแรกคลอดต่ำ และนอนโรงพยาบาลนานขึ้น[4] เมทแอมเฟตามีนสามารถส่งต่อไปยังทารกในครรภ์ผ่านทางรก ทั้งนี้การใช้แอมเฟตามีนส่งผลต่อการเจริญเติบโตของมดลูกลดลง สองถึงสี่เท่า เกิดโรคความดันโลหิตสูงในการตั้งครรภ์ รกลอกตัวก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด การเสียชีวิตของทารกในครรภ์และการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด[5,6] ทารกมีคะแนนประเมินภาวะสุขภาพทารกที่ 1 นาที 5 นาที และ 10 นาทีต่ำ[6] อีกทั้งทารกในครรภ์เจริญเติบโตได้น้อยกว่าปกติ 3.5 เท่า[7] มีผลกระทบในเรื่องสติปัญญาและพัฒนาการที่ล่าช้ากว่าปกติ[8]

D-METHOD คือรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายที่ถูกนำมาใช้ในกระบวนการพยาบาลอย่างกว้างขวางสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดย D คือ Disease เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง M คือ Medication เกี่ยวข้องกับความรู้การฝึกปฏิบัติ ทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับยาที่ใช้ E คือ Environment & Economic การจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการด้านเศรษฐกิจ H คือ Health การเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง O คือ Outpatient referral การมาตรวจตามนัด D คือ Diet การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม[9] ทั้งนี้พบผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างๆที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีจำนวนผู้มาคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ระหว่างปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 20 ราย, 10 ราย และ 6 ราย ตามลำดับ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีการใช้เมทแอมเฟตามีน ถือเป็นความยุ่งยากซับซ้อนอย่างยิ่งในการให้การพยาบาลและการดูแลจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนและออกแบบการดูแลที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อทารก มารดา และครอบครัว การศึกษาถึงการนำกระบวนการวางแผนการจำหน่ายที่มีผลต่อความรู้พฤติกรรมหลังคลอด สามารถนำสู่การวางแผนเพื่อพัฒนากระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องและหากเกิดผลลัพธ์ที่ดีจะสามารถเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งครรภ์หลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีนต่อความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง พื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลท่าคันโท ระหว่าง ตุลาคม 2564 - กันยายน 2566

ประชากร คือ หญิงหลังคลอดทั้งหมดที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

เกณฑ์การคัดเลือก

เป็นหญิงหลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ที่คลอดในโรงพยาบาลท่าคันโท

เกณฑ์การคัดออก

ส่งต่อโรงพยาบาลทั่วไปจากภาวะแทรกซ้อนของมารดาหรือทารก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

สูตรในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan[10]

$$n=\frac{X^2Np(1-P)}{e^2(N-1)+X^2p(1-P)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (36)

e= ระดับความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

X^2= ค่าไคสแควร์ที่ *df =1* และระดับความเชื่อมั่น 95% (3.841)

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (0.5)

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32.99 (33 คน)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สืบค้นจากเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลำดับการตั้งครรภ์ คุณภาพการฝากครรภ์ อายุครรภ์ที่มาคลอด อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก ระยะเวลาการใช้ยาบ้า ภาวะแทรกซ้อนมารดาก่อนคลอด น้ำหนักทารก และภาวะแทรกซ้อนทารก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้และพฤติกรรม มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.97[11] ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) ความรู้ จำนวน15 ข้อ (ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาครอนบาค 0.84) เป็นแบบเลือกตอบถูก – ผิด โดยคำถามตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ

คะแนน 13 – 15 คะแนน หมายถึง ความรู้ดี

คะแนน 9 – 12 คะแนน หมายถึง ความรู้ปานกลาง

คะแนน 0 - 8 คะแนน หมายถึง ความรู้ไม่ดี

2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ จำนวน 23 ข้อ (ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาครอนบาค 0.88) มีองค์ประกอบย่อย 5 ส่วน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านกิจกรรมทางกาย 4) ด้านการจัดการความเครียด 5) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เป็นประจำ มีค่าคะแนน 3 คะแนน บางครั้ง มีค่าคะแนน 2 คะแนน น้อย มีค่าคะแนน 1 คะแนน

การแปลผล

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.67 หมายถึง ระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ระหว่าง 1.68 – 2.34 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.35 – 3.00 หมายถึง ระดับดี

สิ่งแทรกแซง

รูปแบบการวางแผนการจำหน่าย D-METHOD ดังนี้

D = Diagnosis ให้ความรู้เรื่องการคลอด โรคภาวะแทรกซ้อนจากสารเสพติด

M = Medicine แนะนำการใช้ยา การรักษาของแพทย์

E = Environment/Economic การจัดการสิ่งแวดล้อมที่/การจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ

T = Treatment การรักษา หัตถการของแพทย์ การเฝ้าสังเกตอาการตนเอง

H = Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O = Out patient การมาตรวจตามนัด การขอความช่วยเหลือ การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D = Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

โปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย[12,13]

1) ระยะ 24 ชั่วโมงแรก เป็นระยะการดูแลแรกรับและพักฟื้น มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยง และการส่งข้อมูลดูแลต่อเนื่องในวันแรกรับแก่ชุมชนเพื่อเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

2) ระยะ 24 – 72 ชั่วโมง เป็นระยะการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ซึ่งต้องประเมินสภาพผู้ป่วยให้มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นผลลบก่อน ซึ่งบางรายอาจใช้เวลานาน 72–96 ชั่วโมง มีการดูแลโดยพยาบาลคลินิกยาเสพติด พยาบาลหอผู้ป่วย พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง พยาบาลฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน โดยพยาบาลในหอผู้ป่วยให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองหลังคลอด การวางแผนคุมกำเนิด การดูแลทารก โทษของสารเสพติดต่อมารดาและทารก การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เอกสารประกอบการให้ ความรู้ประกอบด้วย แผนการสอนสุขศึกษา วิดีทัศน์ แผ่นพับ และการสาธิต

3) ระยะ 72–96 ชั่วโมง เป็นระยะจำหน่าย มีการให้ความรู้และข้อมูลเรื่องการมาตรวจตามนัด การฉีดวัคซีนของทารก การขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายสุขภาพ และการวางแผนเยี่ยมบ้าน การให้ทำแบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองก่อนกลับบ้าน

4) การเยี่ยมบ้านโดยทีมเครือข่ายสุขภาพ ในเขตอำเภอท่าคันโท โดยทีมสหวิชาชีพ

5) การมาตรวจตามนัดเมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด และการทำแบบทดสอบพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดและสอบถามการกลับมาเสพซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Kolmogorov-Smirnov test, Chi-square test และ Paired sample T- test

จริยธรรมการวิจัย

ดำเนินการวิจัยภายใต้ ปฏิญญาเฮลซิงกิ ไม่บรรยายถึงบุคคลที่สามารถอ้างอิงถึงได้ในการรายงานผล และทำลายเอกสารการเก็บข้อมูลภายหลังดำเนินการเรียบร้อย ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 124/2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 33 คน อายุต่ำสุด 19 ปี สูงที่สุด42 ปี (Mean 28.21 , SD 6.73) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 19-24 ปีร้อยละ 36.40 รองลงมาคือ 25-30 ปี ร้อยละ 33.30 การศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมต้น ร้อยละ 51.50 อาชีพทำนา ร้อยละ 45.50 สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.90 มีพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน ส่วนใหญ่ 2 ปี ร้อยละ 48.50 รองลงมาคือ 3 ปี ร้อยละ 21.20 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไป

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (minimum 19, Maximum 42, Mean 28.21 , SD 6.73)		
19 - 24 ปี	12	36.40
25 - 30 ปี	11	33.30
31 – 36 ปี	3	9.10
36 ปีขึ้นไป	7	21.20
การศึกษา		
ประถมศึกษา	16	48.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	17	51.50
อาชีพ		
ทำนา	15	45.50

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
แม่บ้าน	8	24.20
รับจ้าง	10	30.30
สถานภาพสมรส		
คู่	29	87.90
หม้าย หย่า แยก	4	12.10
ระยะเวลาการใช้เมทแอมเฟตามีน (minimum 1 เดือน maximum 6 ปี mean 2.09 SD 1.12)		
น้อยกว่า 1 ปี	2	6.00
1 ปี	6	18.20
2 ปี	16	48.50
3 ปี	7	21.20
4 ปี	1	3.00
6 ปี	1	3.00

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การคลอด

กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนครั้งการตั้งครรภ์รวมครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่ 3 ร้อยละ 30.30 รองลงมาคือ ครรภ์ที่ 5 ร้อยละ 27.30 (Mean 3.51, SD 1.17) โดยส่วนใหญ่ไม่เคยฝากครรภ์ร้อยละ 30.30 รองลงมาคือ ฝากครรภ์ 1 ครั้ง คุณภาพ ร้อยละ 24.20 อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก 14-27 สัปดาห์ ร้อยละ 39.40 ความผิดปกติของมารดาที่พบระหว่างการตั้งครรภ์ที่พบมาก HCT < 33% ร้อยละ 30.30 ทารกหลังคลอดส่วนใหญ่มี Apgar score 9,10,10 ร้อยละ 78.50 น้ำหนักแรกเกิด ≥ 2,500 กรัม ร้อยละ 87.50 โดยหลังคลอดจะไม่ได้ดูดนมแม่ มีอาการ Severe birth Asphyxia จำนวน 1 ราย รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ และการคลอด

รายการ	จำนวน (n= 33)	ร้อยละ
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ (minimum 1, Maximum 8, Mean 3.51, SD 1.17)		
ครรภ์ที่ 1	1	3.00
ครรภ์ที่ 2	6	18.20
ครรภ์ที่ 3	10	30.30
ครรภ์ที่ 4	7	21.20
ครรภ์ที่ 5	9	27.30
คุณภาพการฝากครรภ์		
ไม่เคยฝากครรภ์	10	30.30
1 ครั้งคุณภาพ	8	24.20
2 ครั้งคุณภาพ	3	9.10
3 ครั้งคุณภาพ	3	9.10
4 ครั้งคุณภาพ	6	18.20
5 ครั้งคุณภาพ	3	9.10
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก (minimum 0, Maximum 35, Mean 13.85, SD 11.18)		
ไม่เคยฝากครรภ์	10	30.30

รายการ	จำนวน (n= 33)	ร้อยละ
1 - 13 สัปดาห์	6	18.20
14 - 27 สัปดาห์	13	39.40
28 - 40 สัปดาห์	4	12.10
ความผิดปกติของมารดาระหว่างตั้งครรภ์		
ไม่มี	17	51.60
HCT < 33 %	10	30.30
Pre-eclampsia	5	15.10
Psychosis	1	3.00
Apgar score		
Birth Before Admit	4	12.10
3,6,8	1	3.00
8,9,10	3	9.10
9,10,10	25	75.80
น้ำหนักแรกเกิด (minimum 2,355, Maximum 3765, Mean 2964 , SD 358.28)		
< 2,500 กรัม	4	12.10
≥ 2,500 กรัม	29	87.90
ผลกระทบทารก		
งดนมแม่	33	100
หายใจหอบ	1	3.30
Severe birth Asphyxia	1	3.30
ได้รับยาต้านจุลชีพ	2	6.00

3. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

การวัดคะแนนความรู้และพฤติกรรมหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการดูแล พบว่า ก่อนการดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนน 8.57 (SD 1.58) หลังการดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนน 16.33 (SD 3.11) โดยก่อนและหลังการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดหลัง-ก่อนการดูแล

คะแนนความรู้และพฤติกรรม	mean	SD	95%CI	t	p-value
หลังการดูแล	16.33	3.11	7.20-8.31	28.53	<0.001
ก่อนการดูแล	8.57	1.58			

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด ก่อนการดูแล พบว่า อยู่ในเกณฑ์ไม่ดีใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคล อยู่ในเกณฑ์ปานกลางคือ ด้านโภชนาการ ภายหลังการดูแล อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลางทุกด้าน โดยด้านความรับผิดชอบ ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการจัดการกับความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดก่อนและหลังการดูแล

หัวข้อ	คะแนนเฉลี่ยก่อนการดูแล	แปลผล	คะแนนเฉลี่ยหลังการดูแล	แปลผล	p-value
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	1.43	ไม่ดี	1.68	ปานกลาง	<0.001
ด้านโภชนาการ	1.72	ปานกลาง	1.81	ปานกลาง	0.006
ด้านกิจกรรมทางกาย	1.40	ไม่ดี	1.87	ปานกลาง	<0.001
ด้านการจัดการกับความเครียด	1.46	ไม่ดี	1.71	ปานกลาง	<0.001
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	1.63	ไม่ดี	1.76	ปานกลาง	0.746

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 33 คน อายุต่ำสุด 19 ปี สูงที่สุด 42 ปี (Mean 28.21, SD 6.73) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 19-24 ปีร้อยละ 36.40 ส่วนใหญ่ เป็นครรภ์ที่ 3 ร้อยละ 30.30 ส่วนใหญ่ไม่เคยฝากครรภ์ร้อยละ 30.30 อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก 14-27 สัปดาห์ ร้อยละ 39.40 HCT < 33% ร้อยละ 30.30 การวัดคะแนนความรู้และพฤติกรรมหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการดูแล พบว่า ก่อนการดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนน 8.57 (SD 1.58) หลังการดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนน 16.33 (SD 3.11) โดยก่อนและหลังการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด ก่อนการดูแล พบว่า อยู่ในเกณฑ์ไม่ดีใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคล อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง คือ ด้านโภชนาการ ภายหลังการดูแลอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลางทุกด้าน

อภิปรายผลการวิจัย

หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน มีอายุเฉลี่ยไม่เกิน 30 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของอดิศักดิ์ ไวเขตการณ์ หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ส่วนใหญ่ไม่ฝากครรภ์ ร้อยละ 30.30 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 97 ช่วงอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ 14-27 สัปดาห์ ร้อยละ 39.40 พบมีภาวะซีด (HCT< 33%) ร้อยละ 30.30 รวมถึง พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ฝากครรภ์[4]

ทารก Apgar score ที่ 1 นาที 9 คะแนน ร้อยละ 75.80 สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารักษ์ ชัยวีรพันธ์เดช และสิวิลักษณ์ กาญจนบัตร ที่พบคะแนนที่ 9 คะแนน ร้อยละ 73.80 ซึ่งร้อยละ 90 อีกทั้งไม่ต้องการการกู้ชีพหลังคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด > 2,500 กรัม ทั้งนี้ทารกทั้งหมดไม่ได้รับนมมารดา แต่ยังมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในทารก ได้แก่ การเกิดภาวะเกิดก่อนกำหนด เกิดอาการถอนยาในทารก[3] น้ำหนักทารกแรกเกิด > 2,500 กรัม ทั้งนี้ทารกทั้งหมดไม่ได้รับนมมารดา

ค่าเฉลี่ยคะแนน ก่อนและหลังการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยสอดคล้องกับการวางแผนการจำหน่ายของพรทิพย์ หอมเพชร และคณะ[13] คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด ก่อนและหลังการดูแล ซึ่งสามารถเลื่อนจากระดับไม่ดี ไปอยู่ในระดับปานกลาง โดยจากการศึกษาของ Ward B. et.al., 2022. และ การศึกษาในประเทศเยอรมัน ซึ่งได้ทบทวนวรรณกรรม โดยให้ความสำคัญกับการแทรกแซงถึงครอบครัวผู้ดูแล[15,16] ด้วยเหตุผลคือ ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีเพียงพอ และหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ถูกปฏิเสธจากครอบครัว โดยในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าคะแนนก่อนและหลังการดูแลในด้านปฏิสัมพันธ์เพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นปัจจัยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การขอความยินยอมในการตรวจปัสสาวะในการติดตามเพื่อยืนยันผลการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนที่ชัดเจน

2. กระบวนการวางแผนการจำหน่าย ประกอบด้วย D-METHOD จำเป็นต้องมีการประเมินก่อนและหลังการดูแลอย่างครอบคลุม โดยใช้มาตรฐานเดียวกัน

3. โปรแกรมในการวางแผนการจำหน่าย จำนวน 5 ระยะ ครอบคลุมไปถึงการเยี่ยมบ้าน และการตรวจหลังคลอด ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของสหวิชาชีพและการติดตามอย่างใกล้ชิด กรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด

4. ระหว่างการวางแผนการจำหน่ายในโรงพยาบาล จำเป็นต้องประเมินพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน ต้องสร้างความเชื่อใจ ไว้วางใจและแสดงออกในการช่วยเหลือด้วยความจริงใจ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nation Office on drug and crime. World drug report 2022: Booklet1 Executive summary/policy implication. [Internet].2022[Cited 2023 Sep 21. Available from:https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2022_booklet-1.html

2. ASEAN–NARCO ASEAN Narcotics Cooperation Center. ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2020 [Internet]. 2021 [Cited 2023 Sep 21]. Available from: https://asean.org/wp–content/ uploads/ 2022/03/ADM–Report–2020_2021Nov02.pdf

3. จุฑารัตน์ ชัยวีรพันธ์เดช และ สิวิลักษณ์ กาญจนบัตร. ผลกระทบต่อทารกจากมารดาที่ใช้สารเสพติด เมทแอมเฟตามีนก่อนคลอด.วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2016;60(1):53-64.

4. อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์.ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564;18(2):105-112.

5. Gorman MC, Orme KS, Nguyen NT, Kent EJ., 3rd Caughey AB^Outcomes in pregnancies complicated by methamphetamine use. Am J Obstet Gynecol 2014 ;211(4):429, e1–7.

6. Good MM, Solt I, Acuna JG, Rotmensch S, Kim MJ. Methamphetamine use during pregnancy: maternal and neonatal implications. Obstet Gynecol. 2010;116:330–4.

7. Oro AS, Dixon SD. Perinatal cocaine and methamphetamine exposure: maternal and neonatal correlates. J Pediatr. 1987; 111:571–8.

8. Lu LH, Johnson A, O'Hare ED, Bookheimer SY, Smith LM, O'Connor MJ, et al. Effects of prenatal methamphetamine exposure on verbal memory revealed with functional magnetic resonance imaging. J Dev Behav Pediatr. 2009;30:185–92.

9. กฤษดา แสวงดี. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย กองการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539

10. Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30: 607-610.

11. จินตนา ศรีสุพัตพงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดในจังหวัด ราชบุรี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2550.

12. วรัญญา ชลธารกัมปนาท, จันทิมา ขนบดี และปราณี ป้องเรือ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดของมารดาครรภ์แรก. ว.วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี 2561;29(1):30–41.

13. พรทิพย์ หอมเพชร, พิสมัย กองทรัพย์, น้องนุช แสนบรรดิษฐ์. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด การกลับมาเสพซ้ำและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2023;26(1):12-25.

14. Thamkhantho M, Obstetric Outcomes of Amphetamine Misapplication duration Pregnancy. J Med Assoc Thai 2018; 101: 1680-5.

15. Hayward R.A., DePanfilis D. Parental methamphetamine use and implications for child welfare intervention: a review of the literature. Journal of public Child welfare 2010; 4(1):1-14.

16. Dyba J., Moesgen D., Klein M., Leyendecker B. Methamphetamine use in German families parental substance use, parent-child interaction and risks for Children involved. Substance use & Misuse 2019;54(4):108-121