



ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บ
ครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เมธาวี พรตเจริญ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บ
ครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

EFFECTS OF THE EMPOWERMENT PROGRAM WITH LINE APPLICATION ON
HEALTH BEHAVIORS AND RECURRENT PRETERM LABOR AMONG WOMEN
HAVING PRETERM LABOR



METHAWEE PROTCHAROEN

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN MIDWIFERY
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2023

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ เมธาวิ พรตเจริญ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณมา พาทูวัฒนกร)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....
(รองศาสตราจารย์พริยา สุภศรี)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์พริยา สุภศรี)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

62920255: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์; พย.ม. (การผดุงครรภ์)
 คำสำคัญ: การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ, โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ, แอปพลิเคชัน
 ไลน์

เมธาวี พรตเจริญ : ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อ
 พฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด.
 (EFFECTS OF THE EMPOWERMENT PROGRAM WITH LINE APPLICATION ON HEALTH
 BEHAVIORS AND RECURRENT PRETERM LABOR AMONG WOMEN HAVING PRETERM
 LABOR) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, Dr.P.H., พิริยา สุภศิริ, M.Sc ปี พ.ศ.
 2566.

การเสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและตัดสินใจปรับเปลี่ยน
 พฤติกรรมให้เหมาะสม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม
 เสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 ซ้ำ ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีแผนการจำหน่ายออก
 จากโรงพยาบาล ภายหลังจากได้รับการรักษา เพื่อยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลเป็น
 ครั้งแรก จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มกลุ่มควบคุม 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการ
 เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์
 ในปัจจุบัน แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ วิเคราะห์
 ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test สถิติ และสถิติ Chi-square

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติ ($t_{35,92} = 14.40, p < .001$) และมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มี
 นัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 2.92, p = .09$) ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลและผดุงครรภ์ควร
 เสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการ
 ป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำดีขึ้นและอาจจะลดอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำได้

62920255: MAJOR: MIDWIFERY; M.N.S. (MIDWIFERY)

KEYWORDS: RECURRENT PRETERM LABOR, EMPOWERMENT PROGRAM, LINE APPLICATION

METHAWEE PROTCHAROEN : EFFECTS OF THE EMPOWERMENT PROGRAM WITH LINE APPLICATION ON HEALTH BEHAVIORS AND RECURRENT PRETERM LABOR AMONG WOMEN HAVING PRETERM LABOR. ADVISORY COMMITTEE: SUPIT SIRIARUNRAT, Dr.P.H., PIRIYA SUPPASRI, M.Sc 2023.

Empowerment helps people gain confidence and make decisions to change their behaviors. This study is quasi-experimental research. The objective of this study was to examine the effects of the empowerment program with Line application on health behaviors and recurrent preterm labor among women having preterm labor. The sample was pregnant women with hospital discharge plans after being the first time treated for preventing of preterm labor in the hospital. Fifty samples were recruited by purposive sampling and equally divided into 2 groups; the control group, and the experimental group. Research instrument included personal information questionnaire, the record of history of current pregnancy and rate of repeated preterm labor, and the health behaviors assessment. Data were analyzed by using independent t-test and chi-square test

Results revealed that after receiving an empowerment program, the mean score of health behavior of experimental group was statistically significantly higher than that of the control group ($t_{35,92} = 14.40, p < .001$) and the rate of repeated preterm labor was lower than the control group, but there was no statistically significant difference ($X^2 = 2.92, p = .09$).

Recommendations from this study, nurses and midwives should empower women with preterm labor to have health behaviors in preventing recurrence of preterm labor and possibly reducing the rate of preterm labor repeatable.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความเมตตา กรุณา จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริ อรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์พิริยา ศุภศรี อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา และคำแนะนำแนวทางในการทำวิจัยที่ถูกต้อง คอยให้ กำลังใจเสมอมา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และเอาใจใส่ผู้วิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบปากเปล่าที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงณิชนันท์ สุขวาริ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ชีระรังสิกุล ดร. จุฑารัตน์ เกิดเจริญ และดร.สุมลยา พรหมมา ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความ ถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขเพื่อให้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีคุณภาพ นอกจากนี้ขอขอบพระคุณสตรีตั้งครรภ์ที่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นกลุ่ม ตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย สูติ-นรีเวช หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรม3 เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยสูติกรรม3 ที่ได้ให้ความร่วมมือต่างๆ อำนวยความสะดวกและให้การสนับสนุน ช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา-มารดา คุณพ่อ พ.จ.ต.เมธา พรตเจริญ และคุณแม่แววตา พรต เจริญ ที่ให้ความรัก คอยดูแล ห่วงใย สนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีความ มุ่งมั่นและตั้งใจ จนกระทั่งทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จไปได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทีตา บุพการี ครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบ ความสำเร็จ มาจนทุกวันนี้

เมธาวิ พรตเจริญ

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ | ช |
| สารบัญตาราง | ฌ |
| สารบัญภาพ | ฎ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ที่มาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์การศึกษา | 6 |
| คำถามในการวิจัย..... | 7 |
| สมมติฐานการวิจัย | 7 |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 7 |
| ขอบเขตของการวิจัย | 9 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ | 10 |
| บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม | 11 |
| 1. ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด | 12 |
| 2. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ..... | 22 |
| 3. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ | 30 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 38 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 38 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 39 |

| | |
|--|-----|
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ | 42 |
| การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง | 43 |
| ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล..... | 44 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 53 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 54 |
| ผลการวิจัย..... | 54 |
| บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล..... | 65 |
| สรุปผลการวิจัย | 65 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 67 |
| ข้อจำกัดของการวิจัย..... | 73 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 73 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... | 73 |
| ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป | 74 |
| บรรณานุกรม | 75 |
| ภาคผนวก | 85 |
| ภาคผนวก ก | 86 |
| ภาคผนวก ข | 88 |
| ภาคผนวก ค | 100 |
| ภาคผนวก ง..... | 105 |
| ภาคผนวก จ | 108 |
| ภาคผนวก ฉ | 110 |
| ภาคผนวก ช | 113 |
| ประวัติย่อของผู้วิจัย | 121 |

สารบัญตาราง

หน้า

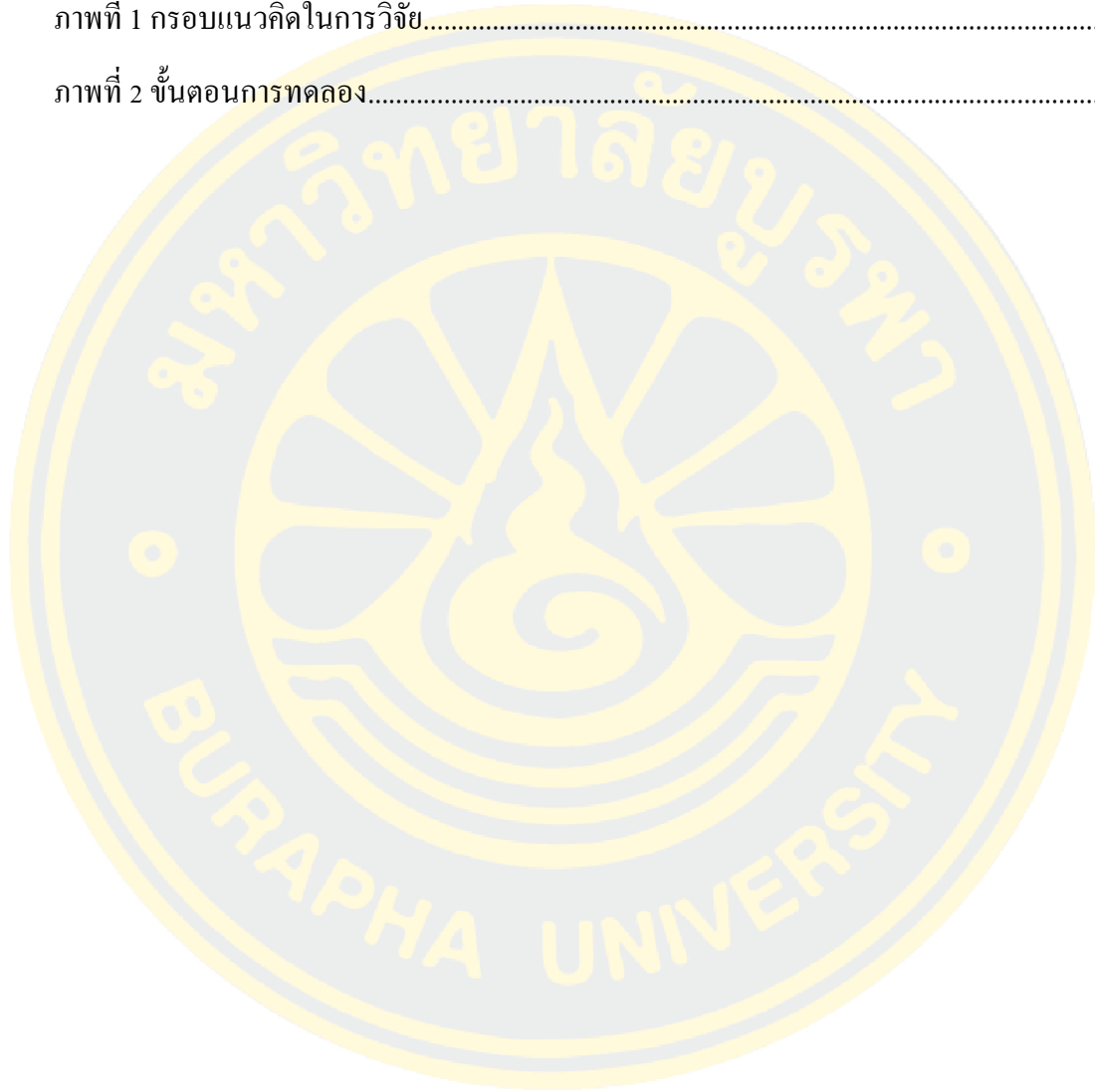
| | |
|---|-----|
| ตารางที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการตาม โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลอง | 46 |
| ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของอายุ และอายุครรภ์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง เป็นความถี่ และร้อยละ โดยใช้สถิติ Independent t-test, $\alpha=.05$ (n = 50) | 55 |
| ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างกันข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ระหว่าง กลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง เป็นความถี่ และร้อยละ-โดยใช้สถิติ Chi-square, $\alpha=.05$ (n = 50) . | 56 |
| ตารางที่ 4 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนรวมและคะแนนรายด้านของ พฤติกรรมสุขภาพ ก่อน และหลังการได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ ภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Pair t-test, $\alpha=.05$ (n=50) | 59 |
| ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้สถิติ Independent t-test, $\alpha=.05$ (n = 50)..... | 61 |
| ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลัง ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้สถิติ Independent t-test, $\alpha=.05$ (n = 50)..... | 62 |
| ตารางที่ 7 เปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Chi-square, $\alpha=.05$ (n = 50)..... | 63 |
| ตารางที่ 8 เปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ 1 โดยใช้สถิติ Chi-square, $\alpha=.05$ (n = 50) | 63 |
| ตารางที่ 9 เปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Chi-square, $\alpha=.05$ (n = 41)..... | 64 |
| ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียดกลุ่มทดลอง ที่ได้รับ โปรแกรมสร้างเสริมพลัง อำนาจ โดยใช้สถิติ Repeated ANOVA (n = 25) | 114 |

| | |
|--|-----|
| ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง รายข้อ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Pair T-Test (n = 25) | 115 |
| ตารางที่ 12 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ ก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Pair T-Test (n = 25)..... | 117 |
| ตารางที่ 13 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทีอิสระ (n = 25) | 119 |



สารบัญภาพ

| | หน้า |
|------------------------------------|------|
| ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 9 |
| ภาพที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง..... | 52 |



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ซึ่งจะนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด โดยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80 (ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ และธีระ ทองสง, 2555) ในแต่ละปีทั่วโลกจะมีทารกที่คลอดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคน หรือทุกๆ 1 ใน 10 คน ของทารกแรกเกิด (Kolatat, 2016) ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 5.00-18.00 ของการเกิดมีชีพ 100 ราย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้นเฉลี่ย 12 ล้านคน/ปี (WHO, 2019) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 8.00-12.00 หรือประมาณ 80,000 รายต่อปี (อุ๋นใจ กอนันตกุล, 2562) จากสถิติของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มีการคลอดก่อนกำหนดในปี 2561-2563 ร้อยละ 4.75, 4.92 และ 5.02 ของทารกเกิดมีชีพตามลำดับ จากข้อมูลข้างต้นแสดงว่ามีอัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย

สาเหตุแท้จริงที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นยังไม่ทราบชัดเจน แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับสาเหตุกับเหล่านี้ (Ross, 2021) คือ การมีเลือดออกที่เดซิดวาลจากการที่มดลูกยืดขยายมากเกินไปจากการตั้งครรภ์แฝด หรือครรภ์แฝดน้ำ ปากมดลูกไม่ปิดที่เกิดจากการได้รับการกระทบกระเทือน หรือการตัดชิ้นเนื้อที่ปากมดลูก ความผิดปกติของมดลูก ปากมดลูกมีการอักเสบจากการติดเชื้อในช่องคลอด (Bacterial vaginosis: BV) หรือติดเชื้อพยาธิในช่องคลอด (Trichomonas) สตรีตั้งครรภ์มีไข้จากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนขณะตั้งครรภ์ หรือการที่ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน (Fetal distress) และการที่เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกไม่เพียงพอจาก ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน การใช้สารเสพติด นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม เช่น อายุน้อยกว่า 18 ปี หรือมากกว่า 35 ปีขึ้นไป (ชลทิศ, 2560; Cunningham et al., 2018) การศึกษาต่ำ (Murad et al, 2017) เศรษฐฐานะต่ำ การไม่มีงานทำ (เขาวเรศ, 2558) น้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์น้อย (Ross, 2021) ความเครียด (จิติกานต์และคณะ, 2557) และพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ หรือภาวะซีด การทำงานหนัก (จิติกานต์, รุ่งดาวรัตน์, เขวลักษณ์, เอ็มพร, และเอกชัย, 2557; ปิยะพร, 2558) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ (ธีระพงศ์, 2551) การได้รับ

บุหรีมือสอง พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หรือการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

การป้องกันและดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความสำคัญในการลดผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด หลักการรักษามุ่งการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการประคับประคองให้ตั้งครรภ์ต่อจนครบกำหนด โดยการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด เช่น มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด มีประวัติการแท้งบุตรปากมดลูกสั้น เป็นต้น ให้ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนโปรเจสเทอโรน เริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์ จนถึงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (Ross, 2021) การตรวจความยาวของปากมดลูกระหว่างอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ ถ้าพบว่า ปากมดลูกสั้น ใส่อุปกรณ์ครอบปากมดลูก (cervical pessary) ส่วนในรายที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และมีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ ให้ได้รับการรักษาด้วยยาขับซึ่งการหดตัวของมดลูก ประเภท Tocolytics, Magnesium sulphate หรือยาลดความดันโลหิต Nifedipine และได้รับยากระตุ้นการทำงานของปอดทารก อย่างไรก็ตามความสำเร็จของการรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความแตกต่างกัน ไปขึ้นอยู่กับสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก การเปิดของปากมดลูก การแตกของถุงน้ำ ความรวดเร็วของการเข้ารับการรักษาสตรีตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ในระหว่างการรักษา และภายหลังได้รับการรักษา โดยเฉพาะหากสตรีตั้งครรภ์ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีผลทำให้มารับบริการช้าเมื่อมีภาวะผิดปกติ (ACOG, 2016) โดยทั่วไปการรักษาด้วยยาสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์ หรือยืดระยะเวลาของการเจ็บครรภ์ได้อย่างน้อย 48 ชั่วโมง (Kiatsuda and et al. , 2016) ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มักจะมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำได้ (Shali, 2007)

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์โดยเฉพาะผลกระทบต่อทางด้านจิตอารมณ์ สตรีตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของลูก กลัวว่าลูกจะคลอดก่อนกำหนด กลัวว่าลูกออกมาจะไม่แข็งแรง กลัวที่จะสูญเสียลูก (Maloni, J. A., 2011) นอกจากนี้การที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและต่อเนื่องจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้านเป็นเวลานาน ประกอบกับมีภาวะไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยารักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ใจสั่น มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ภาวะวณกระวาย แน่นหน้าอก หายใจไม่สุด และอาจรุนแรงมากจนเกิดภาวะน้ำคั่งในปอดได้ (ธีระ ทองสง, 2564) เป็นต้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีอารมณ์ไม่มั่นคง การรับรู้ลดลง หงุดหงิดง่าย เกิดความรู้สึก ไม่แน่นอน มีความเครียด บางรายมีภาวะ ซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยวและเบื่อหน่าย รู้สึกขัดแย้งในบทบาทของตนเองที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น

รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง (Ding XX, Wu YL, Xu SJ, Zhu RP, Jua XM, Zhang SF, et al., 2014) สูญเสียความสามารถในการกระทำพฤติกรรมที่ตนเองต้องการ (Loss of control) (Hsiao, 2021) และเกิดความทุกข์ทางจิตใจ (Giurgescu et al., 2015; Hoglund & Dykes, 2013) อีกทั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีผลกระทบต่อการทำงาน เศรษฐกิจ ของครอบครัว ต้องหยุดงาน ขาดรายได้ ไม่สามารถดูแลตนเอง และครอบครัวได้เช่นเดิม (Hsiao, 2021) ทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (Powerless) (Nathalie & Antoine, 2011)

การดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ จะต้องช่วยเสริมสร้างให้สตรีเหล่านี้มีพลังใจ ลดความรู้สึกหมดหวังท้อแท้ และมีศักยภาพที่จะดูแลตนเองโดยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่จะช่วยลด หรือป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หากสตรีตั้งครรภ์เกิดการรับรู้หรือเกิดกำลังใจ หรือเชื่อมั่นว่าตนเองมีส่วนที่จะช่วยลดหรือป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำได้ จะมีผลให้มีความเครียดน้อยลง นอกจากนี้ดังได้กล่าวแล้วว่า การรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นการรักษาตามมาตรฐาน ผลการรักษาจะประสบความสำเร็จได้มากขึ้นหรือไม่ ส่วนหนึ่งเกิดจากความร่วมมือของสตรีตั้งครรภ์ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านภายหลังได้รับการรักษา และจากการที่สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้โดยบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ ดังนั้นในการที่จะดูแลส่งเสริมให้สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ภายหลังการรักษา หรือยี่ระยะเวลาของการตั้งครรภ์ออกไป จึงควรสอดคล้องกับการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งจะมีส่วนช่วยลดหรือป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า การรับประทานอาหารผัก ผลไม้ นม และอาหารที่มีโปรตีนสูง ช่วยลดการเกิดคลอดก่อนกำหนดได้ แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง เช่น มันฝรั่งทอด อาหารฟาสต์ฟู้ด เป็นต้น (Gete, Waller, & Mishra, 2020; Grieger, Grzeskowiak, & Clifton, 2014) และอาหารที่ปนเปื้อนแบคทีเรีย เพราะจะทำให้มีการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร และกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูก (ฐิรวรรณ บัวเยี่ยม, 2562) 2) ด้านการจัดการความเครียด พบว่า การผ่อนคลายที่เหมาะสมได้แก่ การฝึกหายใจแบบโยคะ (Varvogli & Darviri, 2011) และการฟังเพลง (Peek, 2003) 3) ด้านการพักผ่อน และการทำงาน หากนอนหลับพักผ่อนน้อยกว่าวันละ 6 ชั่วโมง จะนำไปสู่การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (Sandhya, Sixto, Bizu, Chunfang, Yasmin, Daniel, & Michelle, 2014) และควรหลีกเลี่ยงการเดินนานและยืนนาน จากการศึกษาของ

Bonzini และคณะพบว่าการทำงานติดต่อกันยาวนาน การทำงานล่วงเวลา การทำงานเป็นกะ งานที่ต้องยกของ การทำงานที่ยืนนาน ภาระงานหนัก เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด (Bonzini et al., 2007) 4) ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสจะไปกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดการหลั่งสาร โพรสตาแกรนดิน (Prostaglandin) และกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูกได้ (Cunningham et al., 2018) ดังนั้นการรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี การไม่กลั้นปัสสาวะ การดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว และการงดการมีเพศสัมพันธ์ (กนภพร นทีชนสมบัติ, 2556) จะลดการนำเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่ระบบอวัยวะสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 5) ด้านการป้องกันสารพิษ เช่น สารเคมีต่าง ๆ สารที่เกิดจากการเผาไหม้ เช่นคาร์บอนมอนนอกไซด์ คราบน้ำมัน (Kelly, Marie, & John, 2013) รวมถึง ควันบุหรี่มือสอง จะมีผลทำให้ทารกในครรภ์มีน้ำหนักน้อยหรืออาจเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ (Hamulka, 2018) และ 6) ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ควรสังเกตอาการแสดงที่นำมาสู่การคลอดก่อนกำหนด และมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ เพื่อได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ดังนั้นการเสริมสร้างให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้ง 6 ด้าน จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และดูแลตนเองที่บ้าน

ด้วยเหตุผลที่กล่าวข้างต้นว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะมีความรู้สึกท้อแท้ สูญเสียพลังอำนาจ และจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ มาใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจจะส่งผลให้ทำใ้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง และรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง ที่สามารถควบคุมชีวิตตนเอง และจัดการกับปัญหาโดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาสถานการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมต่อตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพตามลำดับ บุคคลที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดผลลัพธ์ต่อบุคคล 4 ประการ คือ 1) การพัฒนาตนเอง (Self-development) 2) มีความสามารถในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ได้ (Sense of mastery) 3) มีความรู้สึกพึงพอใจ (Sense of satisfaction) และ 4) มีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (Purpose and meaning in life) (Gibson, 1995) นั่นคือบุคคลจะเห็นคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตัวเอง เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถ มีอำนาจในการเลือกแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและตัดสินใจดำเนินการแก้ไขปัญหาหรือดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นหากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อน

กำหนด ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเกิดความเชื่อมั่น มีอิสระในการตัดสินใจ สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมาใช้พัฒนาตนเอง ให้ควบคุมหรือจัดการปัญหาได้ เกิดความพึงพอใจ และมีเป้าหมายในตนเอง นั่นคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดลดลง

แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างชุดกิจกรรมการพยาบาลหรือ โปรแกรมเพื่อช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ถูกนำมาใช้กันอย่างหลายได้แก่ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวแต่มีความเสื่อมถอยทางด้านสมรรถนะของร่างกาย (ปรารักษ์ทิพย์ อูจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และ นวิวรรณ โพธิ์ศรี, 2557) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นเบาหวานชนิดที่2 (Theeranut, Methakanjanasak , Ruaisungnoen , Saensom , Surit, & Sawanyawisuth, 2017) กลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในชุมชน (Suntayakorn & Rojjanasrirat, 2013) ผู้ป่วยทางด้านจิตเวช (นิตยา เจริญยุทธ, กชพงศ์ สารการ และหทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2555) เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษานั้นพบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้กลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05, p < .001, p < 0.001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนในเรื่องของป้องกันหรือลดการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม ผลการศึกษาพบว่าทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .001$) (ทิพสุดา นุ้ยแมน, 2554) และการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด พบว่าสตรีตั้งครรภ์และสามีมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) (ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา และกาญจนา สมบัติศิริพันธ์, 2559) จากผลการวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์ตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยพบว่ารูปแบบของโปรแกรมที่เป็นส่วนของการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเพื่อเป็นทางเลือกและตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น มักเป็นรูปแบบการให้ข้อมูลด้วยสื่อที่เป็นเอกสาร ซึ่งมีความจำกัดในเรื่องของความน่าสนใจและการดึงดูดความสนใจ อย่างไรก็ตามปัจจุบันการก้าวเข้าสู่โลกยุคดิจิทัลนั้น ทำให้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทเป็นอย่างมากในระบบสุขภาพโลก กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้มุ่งเน้นการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศโดยมีการออกกรอบนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศและ การสื่อสารกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.

2556-2565 ที่มุ่งเน้นพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร(บุญยรัตน์ ศิลปวิทย์, 2563) จึงเป็นโอกาสที่ผู้ให้บริการจะสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อให้ประชาชน เข้าถึงได้ง่ายขึ้น ในหลายรูปแบบ การใช้เทคโนโลยีสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลทางสุขภาพ หรือการดูแลสุขภาพทางไกล (Telehealth) จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพและบริการทางการแพทย์ โดยการดูแลสุขภาพทางไกลสามารถครอบคลุมและช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึง บริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพคุ้มค่าในทุกสถานที่ ลดความเหลื่อมล้ำในการ เข้าถึงบริการทางสุขภาพ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การดูแลสุขภาพทางไกล นำมาใช้ในการติดตามอาการ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตน และจัดการปัญหาผ่านทาง โทรศัพท์ อีเมล เว็บไซต์ จดหมาย (วรวิทยา หวังวัชรกุล, 2561) มีการศึกษาที่นำเอาการดูแลสุขภาพ ทางไกลมาใช้ในการดูแลสตรีที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดและได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน โดย พบว่า กลุ่มที่ได้รับบริการดูแลสุขภาพทางไกลซึ่งประกอบด้วย การติดตามการบันทึกการหดตัวของมดลูกผ่าน โทรศัพท์โดยพยาบาล การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์ ก่อนกำหนด มีการคลอดบุตรที่อายุครรภ์มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับบริการดูแลสุขภาพ ทางไกล (Morrison, 2001)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นและประกอบกับในประเทศไทย ยังไม่พบการใช้การดูแลสุขภาพทางไกลในสตรีเจ็บครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยจึงนำการดูแลสุขภาพทางไกล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด โดยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ มาเป็นสื่อกลางในการให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ เช่น เกมทดสอบความรู้ วิดีทัศน์สอนการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง เอกสารความรู้ อีเล็กทรอนิกส์ ส่งผ่านทางกลุ่มไลน์ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เลือกที่จะเรียนรู้ด้วยตนเอง และกิจกรรม การประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติพฤติกรรม โดยการสอบถามผ่านกลุ่ม ไลน์ถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์ซ้ำ หรือติดตามทาง โทรศัพท์ สอบถามปัญหา อุปสรรค หากพบว่าจะเกิดปัญหาจะทำให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำ เพิ่มเติม ผู้วิจัยเชื่อว่า ภายหลังจากการเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด จะมีพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ดี ตลอดจนมีอัตราการเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดซ้ำต่ำกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรม การสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

คำถามในการวิจัย

1. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

2. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มี การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาสถานการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมต่อตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพตามลำดับ บุคคลที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดผลลัพธ์ต่อบุคคล 4 ประการ คือ 1) การพัฒนาตนเอง (Self-development) 2) มีความสามารถในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ได้ (Sense of mastery) 3) มีความรู้สึกพึงพอใจ (Sense of satisfaction) และ 4) มีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (Purpose and meaning in life) (Gibson, 1995) นั่นคือบุคคลจะเห็นคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตัวเอง เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถ มีอำนาจในการเลือกแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและตัดสินใจดำเนินการแก้ไขปัญหาหรือดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นหากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเกิดความเชื่อมั่น มีอิสระในการตัดสินใจ สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมาใช้พัฒนาตนเอง ให้ควบคุมหรือจัดการปัญหาได้ เกิดความพึงพอใจ และมีเป้าหมายในตนเอง นั่นคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและต้องได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาดังกล่าวทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง (Nathalie & Antoine, 2011) จึงควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองขึ้นมาเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญปัญหาและก้าวผ่านไปได้ด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุป พบว่ารูปแบบของโปรแกรมที่เป็นส่วนของการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ มักเป็นรูปแบบการให้ข้อมูลด้วยสื่อที่เป็นเอกสาร ซึ่งมีความจำกัดในเรื่องของที่น่าสนใจและการดึงดูดความสนใจ อย่างไรก็ตามปัจจุบันการก้าวเข้าสู่โลกยุคดิจิทัลนั้น ทำให้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทเป็นอย่างมากในระบบสุขภาพโลก จึงเป็นโอกาสที่ผู้ให้บริการจะสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ในหลายรูปแบบ การใช้เทคโนโลยีสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลทางสุขภาพ หรือการดูแลสุขภาพทางไกล (Telehealth) จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพและบริการทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงนำการดูแลสุขภาพทางไกล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ มาเป็นสื่อกลางในการ ให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ

การเสริมสร้างพลังอำนาจตามกระบวนการข้างต้นจะทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีการพัฒนาตนเอง (Self development) คือ มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำอย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำลดลง ตามกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของ Gibson ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาสถานการณ์จริง

-สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความรู้สึกรู้ปัญหา และการประเมินความเครียดครั้งที่ 1

-กิจกรรมการให้ความรู้ เรื่องการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

-กระตุ้นให้สตรีตั้งครรถ์สะท้อนคิดถึงความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความต้องการความช่วยเหลือ

3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง

-กิจกรรมการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล (Telehealth) ผ่านกลุ่มไลน์ โดยสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้

-กิจกรรมวางแผนการดูแลตนเอง

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

- ติดตามสอบถามปัญหาในการดูแลตนเอง ประเมินความเครียดครั้งที่ 2 และ 3

- พฤติกรรมสุขภาพ
- การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างคือสตรีตั้งครรถ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นครั้งแรก ซึ่งได้รับการรักษาด้วย

การขยับขยายการคลอดที่โรงพยาบาล และแพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ จำนวน 50 คน
 ทำการศึกษา ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง ธันวาคม 2565

นิยามศัพท์เฉพาะ

สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดกำหนด หมายถึง สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ ระหว่าง 28-34 สัปดาห์ ที่แพทย์วางแผนให้กลับบ้านได้ ภายหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นมาตามแนวคิดของGipson 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการในวันที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับการอนุญาตให้กลับบ้าน ไปจนถึง 2 สัปดาห์ หลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสถานการณ์จริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

การดูแลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติที่ทำเป็นประจำของหอผู้ป่วยที่ทำกรวิจัย ในการให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อกลับบ้าน เช่น การแนะนำกรปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การนอนพักผ่อนเพียง การประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง อาการผิดปกติที่มาโรงพยาบาล และการตรวจตามนัด เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการจัดการความเครียด 3) ด้านการพักผ่อน 4) ด้านการป้องกันการติดเชื้อ 5) ด้านป้องกันสารพิษและ 6) ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ หมายถึง การที่สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษาและได้จำหน่ายกลับบ้านแล้ว มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำจนต้องเข้ารับกรรักษาในโรงพยาบาล ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ในสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสัดส่วนของการคลอดก่อนกำหนด ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ จากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1. อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด
2. ความหมายของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. สาเหตุการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
4. ผลกระทบของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
5. แนวทางการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1. ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ
5. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผลลัพธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจ

1. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดทฤษฎี
2. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

1. ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1. อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ซึ่งจะนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด (สายฝน ชาวลาไพบูลย์, 2559) โดยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80 (ชนนทร์ วนาภิรักษ์ และธีระ ทองสง, 2555) ในแต่ละปีทั่วโลกจะมีทารกที่คลอดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคน หรือทุกๆ 1 ใน 10 คนของทารกแรกเกิด (Kolatat, 2016) ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 5.00-18.00 ของการเกิดมีชีพ 100 ราย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้นเฉลี่ย 12 ล้านคน/ปี (WHO, 2019) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 8.00-12.00 หรือประมาณ 80,000 รายต่อปี (อุ๋นใจ กอนันต์กุล, 2562)

ประเทศไทยไม่มีดัชนีชี้วัดอัตราการคลอดก่อนกำหนด แต่ใช้เกณฑ์ของทารกน้ำหนักตัวน้อยแทน ทั้งนี้เนื่องจากทารกน้ำหนักตัวน้อยส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด โดยในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560 – 2564) กำหนดเกณฑ์การคลอดทารกแรกคลอด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 ของทารกเกิดมีชีพ ในขณะที่ผลการดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2560 พบอัตราการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 10.61, 11.08 และ 11.13 ของทารกเกิดมีชีพทั้งหมดตามลำดับ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน โดยเฉลี่ยสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ (เป้าหมาย < 7% ของทารกเกิดมีชีพ) กล่าวคือในปี พ.ศ.2561 พบอุบัติการณ์ต่ำสุดประมาณ 5% และสูงสุดประมาณ 20% และประมาณ 1% เป็นทารกน้ำหนัก <1,000 กรัม ซึ่งโอกาสที่จะเสียชีวิต หรือ พิการมีสูงมาก (เครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกฯ, 2561)

จากสถิติของโรงพยาบาลราชวิถี ปี พ.ศ. 2552-2556 พบมีการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 15, 16.3, 16.4, 16.8 และ 17.4 ของทารกเกิดมีชีพ และ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มีการคลอดก่อนกำหนดในปี 2561-2563 ร้อยละ 4.75, 4.92 และ 5.02 ต่อการคลอดทั้งหมดตามลำดับแม้ว่า 1 ใน 3 ของการคลอดก่อนกำหนด เกิดจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ต้องทำให้คลอด เช่น มารดามีความดันโลหิตสูง เบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น แต่ที่เหลือ 2 ใน 3 เกิดจากการมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (เขื่อน ต้นนิรันดร, 2557)

2. ความหมายของการคลอดก่อนกำหนด

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง การเจ็บครรภ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ (ฉวี เบาทรวง, 2555); (จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์, 2557) หรือนับจาก วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย ครบ 259 วัน (สายฝน ชาวลาไพบูลย์ และกาญจนา พิมล, 2553)

โดยมี การเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก กล่าวคือ มีการเพิ่มขยายของปากมดลูกมากกว่า 1 เซนติเมตร หรือปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ร่วมกับมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 1 ชั่วโมง (วรพงษ์ ภู่งศ์ และเขียน ตันนรินทร์, 2558) ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วจะใช้อายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012) ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อยับยั้งการคลอดและให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนดให้มากที่สุด การให้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกจะช่วยยืดอายุครรภ์ได้ ในระยะเวลาสั้น ๆ ประมาณ 24-48 ชั่วโมง โดยทั่วไปการรักษาด้วยยาสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์ หรือยืดระยะเวลาของการเจ็บครรภ์ได้อย่างน้อย 48 ชั่วโมง (Kiatsuda and et al. , 2016) ประโยชน์ของการยับยั้งเพื่อยืดเวลาให้สตรีรอยด์เร่ง พัฒนาการของปอดทารกในช่วงอายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ ร่วมกับการนอนพักและจำกัดกิจกรรมเพื่อลดการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก

3. สาเหตุการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

สาเหตุของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่มีปัจจัยส่งเสริมบางอย่างที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวงจรปกติของกระบวนการเจ็บครรภ์ตามธรรมชาติที่ เกิดขึ้นขณะครรภ์ครบกำหนด อันประกอบด้วยการทำงานของมดลูกเพิ่มขึ้น (Increase uterine activity) การบางตัวของปากมดลูก (Cervical ripening) และการกระตุ้นภายในเยื่อโพรงมดลูก หรือถุงน้ำคร่ำ (Decidual/membranes activation) (Cunningham et al., 2018) โดยมีปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนี้

1. ประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน พบว่า สตรีที่มีประวัติเจ็บครรภ์ และคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนจะมีโอกาสเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในครรภ์ต่อมาสูงถึง ร้อยละ 15 (Cunningham et al., 2018) โดยสตรีที่มีประวัติเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในการ ตั้งครรภ์หนึ่งครั้ง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในครรภ์ต่อมาร้อยละ 13-21 และในสตรีที่มีประวัติเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์จำนวน 2 ครั้ง จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 42 (Hamilton & Tower, 2013)

2. ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์

- 2.1 ภาวะแท้งคุกคาม (Threatened abortion) หรือการมีเลือดออกทางช่องคลอด ในขณะตั้งครรภ์ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Erez, Erez-Weiss, Beer-Weisel, Kleitman-Meir, & Mazor, 2011)

- 2.2 ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (Preterm premature rupture of membrane, [PROM]) (Cunningham et al., 2018) โดยวินิจฉัยจากระยะเวลา

การแตกของถุงน้ำคร่ำอย่างน้อย 1 ชั่วโมงก่อนเริ่มมีการเจ็บครรภ์ ซึ่งภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์นี้ เป็นสาเหตุนำไปสู่ภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูกของสตรีตั้งครรภ์ ส่งผลให้อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพิ่มมากขึ้นจากการชักนำให้เกิดการคลอดและการผ่าตัดคลอด (Hamilton & Tower, 2013)

2.3 ครรภ์แฝดและครรภ์แฝดน้ำ ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากเป็นภาวะที่ทำให้มดลูกขยายตัวมาก (ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ และธีระ ทองสง, 2555)

2.4 ภาวะแทรกซ้อนอื่น ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรศาสตร์ของสตรีตั้งครรภ์ เช่น โรคไทรอยด์ (Thyroid diseases) ภาวะหอบหืด (Asthma) ภาวะเบาหวาน (Diabetes) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placenta abruptio) รกเกาะต่ำ (Placenta previa) (Goldenberg, Culhane, Iams, & Romero, 2008) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนด้านทารก เช่น ทารกอยู่ในภาวะขาดออกซิเจน (Fetal distress) ทารกโตช้าในครรภ์ (Fetal growth restriction) หรือทารกพิการแต่กำเนิด เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวนี้เป็นสาเหตุที่จำเป็นต้องชักนำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, 2551)

3. การติดเชื้อที่ปากมดลูกและโพรงมดลูก (Intrauterine infection) พบว่า ร้อยละ 40 ของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในโพรงมดลูก (Agrawala & Hirsch, 2012) เนื่องจากการติดเชื้อจะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารด้านการติดเชื้อและทำให้โปรตีนในแบคทีเรียเกิดสังเคราะห์ไซโตไคน์ (Cytokines) ภายในเยื่อโพรงมดลูกและถุงน้ำเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีการหลั่งพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin) ทำให้มดลูกมีการหดตัว (Cunningham et al., 2018) ในขณะเดียวกันเชื้อหุ้มทารกจะหลั่งสารที่ทำให้ปากมดลูกเกิดการเปิดขยาย (Bastek, Gomez, & Elowitz, 2011) และทำให้ความแข็งแรงยืดหยุ่นของถุงน้ำลดลง ส่งผลให้เกิดการแตกของถุงน้ำ และเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในที่สุด (พัญญา พันธุ์บูรณะ, 2553) สำหรับการติดเชื้อที่ปากมดลูก โดยเฉพาะการติดเชื้อแบคทีเรียลิวาจิโนสิส (Bacterial vaginosis) มีการศึกษาพบว่า สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะพบความชุกของโรคแบคทีเรียลิวาจิโนสิส สูงกว่าสตรีที่เจ็บครรภ์ครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สายฝน ชวาลไพบุลย์ และกาญจนา พิมล, 2553)

4. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ รวมถึงภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในระบบทางเดินปัสสาวะแบบไม่แสดงอาการ (Asymptomatic bacteriuria) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียในระบบทางเดินปัสสาวะแบบไม่แสดงอาการที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ จะนำไปสู่การเกิดภาวะกรวยไตอักเสบได้สูงถึงร้อยละ 30-50 ซึ่งภาวะกรวยไตอักเสบนี้ เป็นอีกสาเหตุที่สำคัญของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Pararas, Skevaki, & Kafetzis, 2006) นอกจากนี้ การติดเชื้อในส่วนอื่น เช่น การติดเชื้อภายในช่องท้อง อาทิ ฝีตั้งอักเสบ

พบว่า มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยเช่นกัน (ประภัทร วานิช พงษ์พันธุ์, 2554)

5. ความผิดปกติของมดลูกและปากมดลูก ความผิดปกติของมดลูก เช่น มีเนื้องอกที่ตัวมดลูก มดลูกมีรูปร่างผิดปกติ หรือมีความผิดปกติที่ตัวมดลูก เช่น Bicornuate uterus และ Uterine didelphys และความผิดปกติของปากมดลูก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะปากมดลูกหลวม (Incompetent cervix) มีประวัติเคยถ่ายขยายและขูดมดลูก หรือทำแท้งในไตรมาสที่ 2 มีประวัติเคยผ่าตัดปากมดลูก หรือปากมดลูกได้รับความบาดเจ็บจากการคลอด ทำให้ปากมดลูกมีความแข็งแรงลดลง (ชเนนทร์ วานาภิรักษ์ และธีระ ทองสง, 2555)

6. ความผิดปกติของหลอดเลือดที่รก จากรายงานของ Romero, Kusanovic, Chaiworapongsa, & Hassan (2011) พบว่า การเกิดรอยแผลและความผิดปกติของหลอดเลือด (vascular lesions) บริเวณรก เป็นสาเหตุของการขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณมดลูกและรก นำไปสู่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ นอกจากนี้ ความผิดปกติของหลอดเลือดยังเป็นสาเหตุของปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

7. ปัญหาทางช่องปาก โรคเหงือกหรือภาวะเหงือกอักเสบ (Periodontal health) มีรายงานการศึกษาวินิจฉัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาช่องปาก โรคเหงือกหรือมีภาวะเหงือกอักเสบ มีความสัมพันธ์กับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Giannella et al., 2011) โดยเชื่อว่าการติดเชื้อในช่องปาก หรือการเกิดภาวะเหงือกอักเสบ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่กระแสโลหิต จึงสามารถส่งผ่านไปยังระบบการไหลเวียนภายในรก ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อภายในโพรงมดลูกได้ อย่างไรก็ตาม กลไกดังกล่าวยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนและต้องการการศึกษาเพิ่มเติม (Goldenberg et. al., 2008)

8. อายุ อายุน้อยกว่า 18 ปี หรือมากกว่า 35 ปีขึ้นไป (ชลทิศ, 2560; Cunningham et al., 2018) เลี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และจากการศึกษาแบบย้อนหลังตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 ถึง 2004 ของแมคอินไทร์ คูก โอบเร็น และดีเมียนคซุส (Mcintyre, Cook, O'Brien, & Demianczuk, 2009) ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปจำนวน 93,575 ราย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี เป็นปัจจัยโดยตรงที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทั้งในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และรายที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นการตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงร่วมด้วย สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีการศึกษาของแนควีและนาซีม (Naqvi & Naseem, 2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงของมารดาและทารกระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) และสตรีตั้งครรภ์

วัยผู้ใหญ่ (20-28 ปี) จำนวนกลุ่มละ 200 ราย พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่

9. ภาวะทพโภชนาการ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะทพโภชนาการ (จิติกานต์, รุ่งตวรรณ, เขวลักษณ์,เอมพร, และเอกชัย, 2557; ปิยะพร , 2558) และน้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์น้อย (Ross, 2021) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาแบบย้อนหลังของวอลเลส ฮอร์แกน และบฮาทัททชยา (Wallace, Horgan, & Bhattacharya, 2012) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักและประสิทธิภาพของรกต่อดัชนีมวลกายของมารดา และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ โดยทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวจำนวน 55,105 ราย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำหรือมีน้ำหนักตัวน้อย จะมีการเจริญเติบโตของรกหยุดชะงัก (Placental growth restriction) ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย

10. ภาวะโลหิตจาง มีรายงานศึกษาพบว่าภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง (จิติกานต์, รุ่งตวรรณ, เขวลักษณ์,เอมพร, และเอกชัย, 2557; ปิยะพร , 2558)

11. การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ (ธีระพงศ์, 2551) พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากสารนิโคติน (Nicotin) และคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ในบุหรี่ มีผลทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง ส่งผลให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณมดลูกและรกลดลง นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดและการคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย (Goldenberg et al., 2008)) สำหรับการดื่มแอลกอฮอล์ มีการศึกษาพบว่า การคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณระดับปานกลางขึ้นไป โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ จะมีโอกาสในการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (O'Leary, Nassar, Kurinczuk, & Bowera, 2008)

12. สภาวะทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ความเครียด (จิติกานต์และคณะ, 2557)) รวมถึงภาวะซึมเศร้าของสตรีในระยะตั้งครรภ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยเช่นกัน

13. การศึกษาต่ำ (Murad et al, 2017) เศรษฐฐานะต่ำ การไม่มีงานทำ (เขาวเรศ, 2558) มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้แบ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการคลอดกำหนดเป็นสาเหตุมาจากมารดา ทารก และไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน ปัจจัยทางด้านมารดา ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต เช่นสูบบุหรี่ ภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม ที่การเดินนานและยืนนาน การอยู่ใน

สิ่งแวดลอมที่เป็นพิษ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม เช่นความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านการติดเชื้อในร่างกาย เช่นการติดเชื้อในช่องปาก การติดเชื้อในโพรงมดลูก การติดเชื้อในช่องคลอด (Bacterial vaginosis) ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมเช่น ระยะห่างของการตั้งครรภ์ ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการแท้งคุกคาม (Cunningham, Levono, Bloom, Hauth, Rouse & Spong, 2018) และปัจจัยด้านทารกได้แก่ ความพิการของทารก ความผิดปกติของโครโมโซม (Cunningham et al., 2018) อย่างไรก็ตามการคลอดก่อนกำหนดอาจเกิดขึ้นได้โดยไม่ทราบสาเหตุ จึงเป็นผลให้การคลอดก่อนกำหนดยังเป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก ซึ่งหากควบคุมปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ เช่นปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านการติดเชื้อ ก็จะช่วยป้องกันหรือลดภาวะการเกิดคลอดก่อนกำหนดลงได้

4. ผลกระทบของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สตรีตั้งครรภ์ที่มีเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นวิธีการที่จะสามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและช่วยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปได้จนครบหรือเกือบครบกำหนด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ สมาชิกในครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

ผลกระทบต่อทารก

เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยไม่สามารถยับยั้งได้ จะทำให้ทารกเกิดการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่

1. ภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น ทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะมีน้ำหนักตัวน้อย อวัยวะต่าง ๆ ยังเจริญไม่เต็มที่ และไม่พร้อมที่จะทำงาน จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้มากและรุนแรง โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ เนื่องจากทารกขาดสารสร้างความแข็งแรงในถุงลมปอด (Surfactant) ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบาก (RDS) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต (Cunningham et al., 2018)

2. ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น ภาวะปอดแฟบ (Bronchopulmonary dysplasia) ภาวะสมองพิการ (Cerebral palsy) สมองฝ่อ (Cerebral atrophy) การเจริญเติบโตของระบบประสาทล่าช้า (Neuro developmental delay) ตาบอด (Blindness) ภาวะจอประสาทตาหลุดลอก (Retinal detachment) ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothermia) เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังและเจ็บป่วยบ่อย พัฒนาการช้า เป็นต้น (Mandy, 2009)

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่สตรีตั้งครรภ์ไม่คาดคิดมาก่อน ซึ่งเป็นภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากการตั้งครรภ์ปกติ เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จะทำให้เกิดผลกระทบ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

1.1 ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก ซึ่งทำให้เกิดอาการใจเต้น มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ หงุดหงิด กระหายน้ำ แน่นหน้าอก และอาจรุนแรงมากจนเกิดเป็นภาวะน้ำคั่งในปอด (Pulmonary edema) (วรพงษ์ ภู่งศ์, 2556)

1.2 ผลกระทบจากการถูกจำกัดกิจกรรมโดยการนอนพักบนเตียง (Bigelow & Stone, 2011) เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียแคลเซียมจากกระดูก น้ำหนักลดและมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ (Maloni et al., 2010) นอกจากนี้ยังพบว่า การถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียงเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด จากการศึกษาของโควาเชวิชและคณะ (Kovacevich et al., 2000) ที่ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolic) ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะถุงน้ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด (Preterm premature rupture of membranes) ที่นอนพักบนเตียงจำนวน 192 ราย พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันจำนวน 1 ใน 3 ของจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษา คิดเป็น 15.6 ราย ต่อกลุ่มตัวอย่าง 1,000 ราย

1.3 ผลกระทบจากกรณีไม่สามารถขับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ จะนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด ทำให้ทารกมีโอกาสเสียชีวิตหรือเกิดความพิการ (ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์, 2554) เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะมีน้ำหนักตัวน้อย และอวัยวะไม่พร้อมที่จะทำงาน ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารก เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และผลกระทบทางจิตสังคม จากการศึกษาของแบรนดอนและคณะ (Brandon et al., 2011) ที่ทำการศึกษารเปรียบเทียบการตอบสนองทางอารมณ์ระหว่างมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนดจำนวน 29 ราย และมารดาที่คลอดครบกำหนดจำนวน 31 ราย พบว่า มารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนดมีความกดดันทางอารมณ์ (Emotional distress) มากกว่ามารดาในกลุ่มที่คลอดทารกครบกำหนด

2. ผลกระทบด้านจิตสังคม

2.1 ผลกระทบทางจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังเกิดความวิตกกังวลจากการถูกแยกจาก การสูญเสีย

ความเป็นส่วนตัว ความไม่สุขสบาย แบบแผนการทำกิจกรรมตามบทบาทเปลี่ยนแปลง (Freda, 2003) และความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง (Bendix, Kjaergaard, & Zoffmann, 2013)

2.2 ผลกระทบจากภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล รวมถึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา การหยุดงานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จากการศึกษาเชิงสำรวจของเมย์ (May, 2001) ที่ศึกษาประสบการณ์ของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 58 ราย โดยวิธีสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง พบว่า สตรีตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งระบุว่า มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับด้านเศรษฐกิจ การขาดรายได้ และค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น

2.3 ผลกระทบจากการถูกจำกัดกิจกรรมพบว่า สตรีตั้งครรภ์จะมีอารมณ์ทางด้านลบ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เบื่อหน่าย และแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง (Sciscione, 2010) จากรายงานการบูรณาการงานวิจัย (Integrative literature review) ของมาโลนิ (Maloni, 2010) เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการรักษาโดยการนอนพักบนเตียงในระลอกก่อนคลอด และประสิทธิผลในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโดยการนอนพักบนเตียงในระลอกก่อนคลอดจะเกิดความวิตกกังวล เบื่อหน่าย ซึมเศร้า กลัว และรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ เนื่องจากอาจนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการของทารก อีกทั้งการดูแลทารกกลุ่มนี้ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเพื่อยืดระยะเวลาการคลอดออกไปให้ทารกมีความพร้อมของระบบการหายใจและอวัยวะต่าง ๆ เพื่อลดความเสี่ยงและอันตรายที่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นมักมีระยะเวลายาวนาน จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดความเครียด การที่สตรีตั้งครรภ์ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และแบบแผนการดำรงชีวิตประจำวัน สมาชิกในครอบครัวต้องรับผิดชอบต่อบ้าน การเลี้ยงดูบุตร เกิดความตึงเครียดและกังวล ส่งผลต่อสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ ครอบครัวต้องรับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (สายฝน ชาวลาโพบูลย์, 2553) กรณีที่สตรีตั้งครรภ์ต้องหยุดงานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ทำให้ขาดรายได้ส่งผลกระทบต่อรายได้อาจทางครอบครัวลดลง

4. แนวทางการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระงับการหดตัวของมดลูก และเลื่อนระยะเวลาการคลอดออกไปให้ทารกมีภาวะที่เหมาะสมก่อนการคลอดก่อนกำหนด ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีแนวทาง ดังนี้

1. การให้สารน้ำและนอนพัก (Bed rest) เป็นวิธีที่บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่ให้การแนะนำแก่สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการสำรวจของ Fox, Gelber, Kalish, and Chasen (2009) พบว่า บุคลากรสุขภาพในสหรัฐอเมริการ้อยละ 71 แนะนำให้สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนอนพักบนเตียง แต่จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมา ไม่สามารถระบุประสิทธิผลในการลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดได้อย่างชัดเจน (ACOG, 2016)

2. การตรวจเพื่อประเมินภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ ได้แก่ (ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ และธีระ ทองสง, 2555)

- 2.1 การตรวจภายในเพื่อประเมินสภาวะของปากมดลูก ซึ่งไม่ควรตรวจบ่อยครั้ง
- 2.2 การตรวจดูการหดตัวของมดลูก ความแรง ระยะเวลา และความถี่ห่าง
- 2.3 การตรวจดูการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์
- 2.4 การตรวจหาสาเหตุของการเจ็บครรภ์ เช่น ตรวจปัสสาวะ การเพาะเชื้อ เป็นต้น
- 2.5 การอัลตราซาวด์เพื่อดูความพิการของทารก การประเมินอายุครรภ์ (กรณีไม่เคยทำมาก่อน) และการประเมินน้ำหนักรก
- 2.6 การตรวจอื่น ๆ โดยพิจารณาเป็นราย ๆ เช่น การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) เพื่อนำน้ำคร่ำมาตรวจความสมบูรณ์ของปอดทารก (Fetal lung maturity) และหาร่องรอยการติดเชื้อ การตรวจนับเม็ดเลือด การตรวจระดับไนโตรเจนในเลือด (BUN) และการตรวจสมดุลของกรดด่าง (Electrolyte) เป็นต้น

3. การให้กลูโคติคอร์สเตียรอยด์ (Glucocorticosteroid) เพื่อกระตุ้นการเจริญของปอดทารก ถือเป็นคำแนะนำในสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกรายที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 24-34 สัปดาห์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดภายใน 7 วัน (ACOG, 2016) การให้ยากระตุ้นการเจริญของปอดทารกสามารถช่วยลดภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome, [RDS]) และภาวะเลือดออกในสมอง (IVH) ทำให้อัตราการเกิดความพิการและอัตราตายปริกำเนิดของทารกคลอดก่อนกำหนดลดลง (Robert & Dalziel, 2006) โดยมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใช้ยาเบตาเมทาโซน (Betamethasone) กับการใช้ยาหลอก ในสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อน

กำหนดในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ พบว่า ยาเบตาเมทาโซนช่วยลดภาวะหายใจลำบากของทารกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Crowley, 2006)

4. การให้ยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก มีวัตถุประสงค์เพื่อยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดหรือเพื่อยืดระยะเวลาในการตั้งครรภ์ออกไปอย่างน้อย 48 ชั่วโมง เพื่อให้สเตรอยด์ออกฤทธิ์ได้มากที่สุด จะช่วยลดความเสี่ยงของการตายของทารกแรกคลอด ภาวะหายใจลำบาก (RDS) ภาวะเลือดออกในสมอง (Intraventricular hemorrhage) และภาวะเนื้อเยื่อลำไส้อักเสบ (Necrotizing enterocolitis) นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ในการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ไปยังสถานที่ที่มีความพร้อมและสามารถให้การดูแลทารกที่อาจจะมีปัญหาในช่วงแรกคลอดได้ รวมถึงยับยั้งการหดตัวของมดลูกเพื่อรักษาสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่สามารถรักษาได้ เช่น ระบบทางเดินปัสสาวะอักเสบ ใส้ติ่งอักเสบ เป็นต้น เมื่อรักษาภาวะเหล่านี้หายแล้วก็จะไม่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอีกต่อไป (สายฝน ชาวลาโพบูลย์, 2554)

การพิจารณาให้การรักษาด้วยยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก มักให้เมื่อมีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก ซึ่งสมาคมสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (ACOG, 2016) แนะนำว่าในกรณีที่เหมาะสมพบว่ามดลูกมีการหดตัว แต่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกหรือปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 2 เซนติเมตร ไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก และการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด จะกระทำได้โดยปากมดลูกต้องไม่เปิดขยายมากกว่า 4 เซนติเมตรและถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก ทั้งนี้ทารกในครรภ์ต้องไม่อยู่ในภาวะที่มีอันตราย และสตรีตั้งครรภ์ต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ หรือมีภาวะที่เป็นข้อห้ามในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ (สายฝน ชาวลาโพบูลย์, 2554)

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาดังกล่าว ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียดจากการที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากปัญหาในด้านร่างกาย การถูกจำกัดกิจกรรม เป็นต้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการสูญเสียการควบคุมในตนเองและสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง (Nathalie&Antoine,2011) จึงควรมีกิจกรรมในการสร้างเสริมพลังอำนาจในตนเองขึ้นมาเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญปัญหาและก้าวผ่านไปได้ด้วยตนเอง และไม่เกิดการกลับมารักษาที่โรงพยาบาลด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

2. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พลังอำนาจ (Empowerment) มาจากศัพท์ในภาษาละติน คือ คำว่า Passé ซึ่งหมายถึงอำนาจ (Power) กับ อิสระเสรีภาพ (Freedom) และอำนาจ (Power) มาจากภาษาละตินว่า โพแตร์potere หมายถึง ความสามารถที่จะเลือก (The ability to choose) ความสามารถที่จะทำให้อันตนเอง บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ความหมายโดยสรุป คือ ความสามารถหรืออำนาจในการเลือกอย่างมีอิสระและมีเสรีภาพ โดยที่พลังอำนาจสามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ในตัวบุคคล (Gibson, 1993)

2.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

เป็นกระบวนการที่บุคคลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและ ในฐานะที่ทัดเทียมกัน เป็นการเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และสามารถกำจัดปัญหาที่เป็นต้นเหตุ โดยที่มีระบบการปฏิสัมพันธ์กัน และการยอมรับในคุณค่า เพื่อเพิ่มแหล่งพลังอำนาจ โดยที่อาศัยการมีส่วนร่วมของบุคคล สร้างโอกาสการพัฒนาให้กับบุคคลให้มีความสามารถและ เกิดประสิทธิภาพในการทำกิจกรรม ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต โดยอาศัยแนวคิดแบบมีการขับเคลื่อน มีทั้งการให้และการรับ (Gibson, 1991) โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหา โดยอาศัยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือผู้ให้การพยาบาล ผู้รับบริการพยาบาล และการมีปฏิสัมพันธ์

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การที่จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้มีพลังอำนาจในตนเองนั้น จะต้องได้รับความร่วมมือจากสตรีตั้งครรภ์เหล่านี้ก่อน โดยอาศัยการมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและสตรีตั้งครรภ์ โดยมีกระบวนการที่สำคัญคือการที่สตรีจะต้องดำเนินการด้วยตนเอง พยาบาลจะเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลหรือชี้แนะเนื่องจากเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงที่สตรีตั้งครรภ์เหล่านี้จะต้องดูแลชีวิต ควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ด้วยตัวเอง ให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีพลังอำนาจ และมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาได้

2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิบสัน (Gibson, 1995) กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจประสบความสำเร็จ คือ การมีพันธะสัญญา (Commitment) การมีสายใยความผูกพัน (Bound) และความรักต่อกัน (Love) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

2.2.1 ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor) ประกอบด้วย ความเชื่อ (Beliefs) ค่านิยม (value) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) เป้าหมายในชีวิต (Determine)

1) ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลสุขภาพจะส่งผลให้บุคคลเกิดความหวัง มีความคิดที่จะส่งเสริมให้

ตนเอง เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง ว่าสามารถดูแลตนเองได้ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้

2) ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง การมีความรักในตนเอง นับว่าเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

3) ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา และ ประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ ซึ่งจะช่วยให้ บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

4) เป้าหมายในชีวิต (Determination) เป้าหมายในชีวิตของตนเองเกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็ง และแรงจูงใจ (Strong and Motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย โดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุด แม้ว่าจะมีอุปสรรค

2.2.2 ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม มีพันธะสัญญา มีความปรารถนาดีต่อกัน ยอมรับบทบาทซึ่งกันและกัน ยึดมั่นในการที่จะกระทำร่วมกัน

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคองและให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเอง นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนจากผู้รับบริการด้วยกันเอง เช่น การพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน การได้เรียนรู้จากบุคคลอื่น ๆ เป็นต้น แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น

สรุปการที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยระหว่างบุคคล ถ้าปัจจัยดังกล่าวดี ความเป็นไปได้ในการประสบความสำเร็จของกระบวนการย่อมมีสูง และเช่นเดียวกันหากมีปัจจัยที่ไม่ดีก็ย่อมส่งผลทำให้เกิดความล้มเหลวได้ ดังนั้นต้องมีการพัฒนาและคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ เพื่อเพิ่มพลังอำนาจขีดความสามารถในตนเองในการที่จะสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

2.3 กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิบสัน (Gibson, 1995) กล่าวถึงการที่จะช่วยให้บุคคลให้มีพลังอำนาจเกิดขึ้นนั้น บุคคลจะต้องได้รับการช่วยเหลือในด้านความรู้ที่จำเป็น พัฒนาทักษะและความสามารถในการกระทำของตน โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบความจริง (Discovery reality) เป็นขั้นตอนแรกของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ประกอบด้วยการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ

1) ด้านการตอบสนองอารมณ์ (Emotional response) เป็นระยะที่เกิดความรู้สึกสับสน วิดกกังวล กลัว และต่อต้าน ไม่ยอมรับและเผชิญกับความเป็นจริงของปัญหา เกิดความคับข้องใจ แต่ความรู้สึกเหล่านี้จะดีขึ้นเมื่อการค้นพบสภาพการณ์ที่เป็นจริง มองหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม

2) ด้านการตอบสนองสติปัญญา การรับรู้ (Cognitive process) ในขั้นตอนนี้ บุคคลจะเสาะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือด้านข้อมูล ความรู้เพื่อช่วยให้ตนเองเข้าใจสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติ

3) ด้านการตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral response) บุคคลจะตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว ด้วยตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflective) เป็นการเริ่มต้นของกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อบุคคลค้นพบปัญหาและเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจในการจัดการกับปัญหา ขั้นตอนนี้จะช่วยให้บุคคลมองปัญหาอย่างใช้วิจารณญาณและความรอบคอบ ช่วยให้บุคคลหาทางเลือกในการปฏิบัติ มีความตระหนักถึงความสามารถในการตัดสินใจนำไปสู่ทางเลือกที่เหมาะสมและเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการด้วยตนเอง โดยผ่านการตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสม (Taking charge) ในขั้นตอนนี้เป็นการส่งเสริม (Advocate for) ให้เรียนรู้ในการแก้ไขปัญหานั้น (Learning the ropes) เรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (Learning to persist) การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล (Driving negotiation in the hospital setting) การสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม (Establishing partnership) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ที่จะช่วยให้บุคคลรับรู้และมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการตัดสินใจรักษาและทราบผลที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง ต้องการการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้มีความเชื่อมั่นในตนเองมีความมุ่งมั่นในการนำไปสู่เป้าหมายด้วยคุณค่าของบุคคลเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นผลมาจาก การที่บุคคลมีความเข้มแข็ง มีความเชื่อมั่น มีความสามารถในตนเอง มีพลังอำนาจในการที่จะคงไว้ซึ่งการจัดการกับปัญหา เมื่อพบปัญหาสามารถย้อนกลับไปแก้ไขปัญหตามขั้นตอนที่ผ่านการฝึกฝนมาแล้ว และหากบุคคลนั้นได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะทำให้มีความสามารถในการจัดการกับปัญหา การควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตทุก ๆ ด้าน อย่างเป็นพลวัต (Dynamic)

จากข้อมูลดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น ในแต่ละขั้นตอนมีความสอดคล้องเชื่อมโยงกัน มีการใช้การปรับเปลี่ยนความคิด การคิดอย่างเป็นระบบ เข้ามาเกี่ยวข้อง หากบุคคลสามารถปฏิบัติได้ตามขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะช่วยให้บุคคลนั้นประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหตามเป้าหมาย

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะมีความต่อเนื่อง เมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะเกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม (Participatory competence) ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผลลัพธ์ที่ตามมาอาจเป็นผลในทางบวกหรือทางลบก็ได้

2.4 วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้บุคคลค้นพบศักยภาพของตนเอง เข้าใจปัญหาสาเหตุของปัญหา สามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งมีกลวิธีหลายอย่างร่วมกัน ทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง หรือได้รับจากผู้อื่น จะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงสรุปกลวิธีที่ใช้มีดังนี้

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง จากการรับรู้ในศักยภาพ และความสามารถในการแก้ไขปัญหได้สำเร็จ มีความพึงพอใจ มีกำลังใจ สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น เพื่อให้ตนเองสามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ เริ่มจากประสบการณ์ที่มีอยู่มาคิดวิเคราะห์ให้วิจารณ์ญาณเชื่อมโยงปัญหาเข้ากับปัจจัยสาเหตุ เกิดความเข้าใจ นำไปปฏิบัติและปรับปรุงในทางที่เหมาะสม

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจจากผู้อื่น พยายามเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักในความสามารถเกิดพลังอำนาจในตนเองได้ ดังนี้

2.1 การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ตรงกับความต้องการ เพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ช่วยในการตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะเลือกใช้การรักษาแบบใด การให้ข้อมูลทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรักษา

2.2 การให้คำปรึกษา คำแนะนำ และการให้แนวทางการปฏิบัติโดยยึดความจำเป็น และความต้องการของแต่ละบุคคลเป็นพื้นฐาน

2.3 การสอน เพื่อเกิดทักษะในการดูแลตนเอง ได้แนวทางในการพิจารณาเลือก ตัดสินใจ ปฏิบัติต่อไป

2.4 การให้การสนับสนุน อำนวยความสะดวกและประสานงาน เพื่อใช้แหล่ง ประโยชน์ หรือทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ช่วยสนับสนุนการดูแล และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อ ต่อสุขภาพดี

2.5 การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายที่เป็นจริง และแนวทางเลือกที่ เป็นไปได้ร่วมกันทั้งสองฝ่าย

2.6 การให้ข้อมูลสะท้อนกลับเชิงบวก การสะท้อนถึงผลที่น่าพึงพอใจ เพื่อให้เกิด แรงจูงใจและกำลังใจที่จะกระทำต่อไป

2.7 การยอมรับความเป็นบุคคล ส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในตนเอง ให้ความสำคัญและ ยอมรับในศักยภาพความสามารถของบุคคล สร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมที่อบอุ่น ไว้วางใจซึ่งกัน และกัน สื่อสารกันอย่างเปิดเผย

2.8 การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกัน บุคคลมีประสบการณ์ในปัญหาที่แตกต่างกัน ได้มา แลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยกันคิด ตัดสินใจวิธีการแก้ปัญหาที่เหมือน ๆ กัน

2.9 การให้การดูแลเอาใจใส่ทางด้านสุขภาพร่างกาย ด้วยการป้องกันโรค เสริมสร้าง สุขภาพรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ

2.10 การสนับสนุนให้บุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อม มีความ เชื่อว่า ตนสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

ดังนั้น วิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจมีทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ด้วยตนเอง และ ได้รับจากผู้อื่น เพื่อช่วยให้บุคคลได้มีการพัฒนาศักยภาพของตนเอง สามารถพิจารณาเลือก ตัดสินใจปฏิบัติเพื่อให้ตนเองบรรลุเป้าหมายในสิ่งที่ต้องการและสามารถที่จะนำมาปฏิบัติได้อย่าง ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

2.5 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ถูกนำมาพัฒนาใช้กันอย่างหลายได้แก่ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวแต่มีความเสื่อมถอยทางด้านสมรรถนะของร่างกาย (ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และ ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี, 2557) พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ) ค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าโครงการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานชนิดที่2 (Theeranut, Methakanjanasak , Ruaisungnoen , Saensom , Surit, & Sawanyawisuth, 2017) พบว่ามีกลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) กลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในชุมชน (Suntayakorn & Rojjanasrirat, 2013) มีพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และผู้ป่วยทางด้านจิตเวช (นิตยา เจริญยุทธ, กชพงศ์ สารการ และ หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2555) มีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหญิงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) เป็นต้น ซึ่งมักจะศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ส่วนในด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ มีการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจใน กลุ่มผู้ต้องขังสตรีระยะตั้งครรภ์ (พรรณทิพา บัวคล้าย, 2562) พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01, p < .05$) ตามลำดับ กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา และกาญจนา สมบัติศิรินันท์, 2559) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) สามีกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) มีจำนวนการคลอดก่อนกำหนดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (ทิพสุดา นุ้ยแมน, 2554) พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) โดยจะเห็นได้ว่าผลของโปรแกรมส่วนใหญ่จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มที่มีความเปราะบาง มีความเครียด มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง อย่างไรก็ตามในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก็เป็นกลุ่มที่มีความเครียด และมีภาวะวิกฤติ ทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง แต่ยังไม่พบว่ามีการใช้โปรแกรมการเสริม

พลังอำนาจของตนเอง เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจในกลุ่มดังกล่าว

สำหรับกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้นพบว่า ใช้วิธีการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gipson (1995) ทั้งสิ้น ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสถานการณ์จริง โดยการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ค้นหาความรู้สึกนึกคิด ขอมรับเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลที่ถูกต้อง และวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่มิประสบความสำเร็จ ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่า สามารถควบคุมด้วยตนเองได้ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง มีการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น และพิจารณาเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตัว โดยการติดตามนัดหมายมาที่โรงพยาบาล และบางงานวิจัยใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์ ส่วนเรื่องระยะเวลาที่ต้องติดตามนั้นแตกต่างกันออกไป (ทิพสุดา น้อยแมน, 2554; ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา และกาญจนา สมบัติศิริพันธ์, 2559, และ(นราภรณ์ ฤทธิเรือง, พิริยา สุขศรี และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์, 2560)

สำหรับการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ (Gibson, 1995) และนำขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นตอนมาใช้ เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ผ่านมา โดยเฉพาะขั้นตอนที่ 1 และ 2 แต่ในขั้นตอนที่ 3 นั้น ได้การนำเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพทางไกล โดยเป็นสื่อออนไลน์ เพื่อจะสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม (Establishing partnership) ทำให้เกิดการทวนซ้ำด้วยตนเอง เพื่อให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมุ่งมั่นในการไปสู่เป้าหมาย มีความสามารถที่จะตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง สื่อออนไลน์ที่จะนำมาใช้ เช่น เกมออนไลน์ การดูวิดีโอออนไลน์ เป็นต้น ส่วนในขั้นตอนที่ 4 จะมีการพูดคุยและติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การใช้สื่อออนไลน์นั้นทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว การใช้สื่อออนไลน์เพื่อให้การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบที่เรียกว่าการดูแลสุขภาพทางไกล (Telehealth) ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบการให้บริการด้านสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับยุคความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

การดูแลสุขภาพทางไกล (Telehealth) คือ การส่งมอบบริการ การดูแลสุขภาพ ในพื้นที่ห่างไกล โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ ด้วยการนำเทคโนโลยีการสื่อสาร มาใช้สำหรับการ

แลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อวินิจฉัยการรักษาและการป้องกันโรค รวมถึงการประเมินผล การให้คำปรึกษา และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ของบุคคลในชุมชนหรือในบ้าน การดูแลสุขภาพทางไกลจึงเป็นทางเลือกให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในยุคที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และในระยะที่มีการแพร่ระบาดของโควิด 19 เพราะมีความจำกัดในการให้ผู้ป่วยบริการในโรงพยาบาล

การดูแลสุขภาพทางไกลช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น ในต่างประเทศที่พัฒนาแล้ว การดูแลสุขภาพทางไกลได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก รูปแบบการดูแลสุขภาพทางไกลที่มีกึ่งนำไปใช้ เช่น การนัดหมาย การพูดคุยผ่านแอปพลิเคชัน Epic Connect และ MyChart บนโทรศัพท์มือถือหรือแท็บเล็ต การสนับสนุนให้คำแนะนำตามความจำเป็น ทางอีเมลและ/หรือการพูดคุยผ่านการโทรวิดีโอ (Aleha, 2020) และมีการนำการดูแลสุขภาพทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการโทรศัพท์ติดตามและให้คำแนะนำ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพทางไกลมีความดันโลหิตลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับจากการศึกษา การดูแลสุขภาพทางไกล ในผู้ป่วยเบาหวานของ Liang และคณะ (Liang, 2011) พบว่า การใช้โทรศัพท์มือถือในการติดตามเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ทำให้ค่า HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ มากกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพทางไกลได้ถูกนำมาใช้ในการดูแลสตรีที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดและได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน โดยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพทางไกลซึ่งประกอบด้วย การติดตามการบันทึกการหดตัวของมดลูกผ่านโทรศัพท์โดยพยาบาล การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โดยสตรีตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงโดยไม่มีค่าใช้จ่ายจากสื่อออนไลน์ มีการคลอดบุตรที่อายุครรภ์มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับการดูแลสุขภาพทางไกล (Morrison, 2001)

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้าง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยประยุกต์แนวคิดของ Gibson 4 ขั้นตอน เช่นกับการศึกษาที่ผ่านมา แต่ได้นำการดูแลสุขภาพทางไกล มาใช้ในการสร้างความรู้ให้กับสตรีตั้งครรภ์เพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะได้นำไปใช้โปรแกรมในบทที่ 3 ต่อไป โดยการวิจัยครั้งนี้ได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้เพื่อมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถ และอัตราการกลับมารักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ โดยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้นก็เกิดมาจากผลลัพธ์การพัฒนาตนเองนั่นเอง เมื่อเกิดการพัฒนาดังกล่าวจะนำไปสู่ผลลัพธ์ต่อไปนั่นคือความสามารถในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ เกิดความพึงพอใจซึ่งนำไปสู่ ตัวแปรการรับรู้ความสามารถ หากสตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และมีการรับรู้

ความสามารถที่ดีขึ้น จะนำไปสู่ผลลัพธ์สุดท้ายก็คือ เป้าหมายในการลดอัตราการเกิดการกลับมา รักษาซ้ำที่โรงพยาบาล

3. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.1 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดทฤษฎี

แนวคิดของ Gribson (1995) อธิบายว่า การส่งเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างให้บุคคลค้นพบปัญหาและความต้องการของตนเองภายใต้แนวคิด ที่เชื่อว่าแต่ละบุคคลมีความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองโดยใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ บุคคลจึงรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง ที่สามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ โดยผลลัพธ์ของการสร้างเสริมพลังอำนาจนั้นประกอบด้วย

1. การพัฒนาตนเอง (Self development) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่าง ๆ ไปสู่สิ่งที่ดีเหมาะสม และถูกต้องมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถเพิ่มขึ้น
2. ความสามารถในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ใด (Sense of mastery) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ในศักยภาพ และความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์ปัญหา ตลอดจนสามารถดำเนินการได้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายท่ามกลางอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยอาศัยสถานการณ์ปัญหา ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ประกอบกับการนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาผสมผสานเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น
3. ความรู้สึกพึงพอใจ (Sense of satisfaction) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกที่ดีที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองและมีกำลังใจ ส่งผลให้การปฏิบัติงานบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
4. การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (Purpose and meaning in life) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่ เกิดขึ้นในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเองเห็นคุณค่าภายในตน มีเป้าหมายในชีวิต มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมองเห็นความสำคัญของตนเอง ต่องานในความรับผิดชอบและต่อผู้อื่น ซึ่งผลลัพธ์ทางบวกเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยคาดหวังและต้องการให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถผ่าน กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม เมื่อนำไปใช้ในสภาพการณ์จริง อาจเกิดผลลัพธ์ในทางลบได้แก่

1. การไม่ได้รับการยอมรับ (Reject) หมายถึง การที่ทีมสุขภาพไม่ยอมรับฟังเหตุผล หรือ ข้อมูลต่าง ๆ จากบุคคลและไม่มีการถ่ายโอนพลังอำนาจ

2. การมีความรับผิดชอบเกินจำเป็น (Responsibility overload) หมายถึง การที่ทีมสุขภาพ มองเห็นถึงศักยภาพของบุคคลจึงปล่อยให้บุคคลมีอำนาจในการตัดสินใจและรับบทบาทการดูแล สุขภาพชีวิตของตนเองแต่เพียงผู้เดียวซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดแก่บุคคลได้ เมื่อเผชิญกับ สถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย

3. การขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ (Less support) หมายถึง การที่บุคคลไม่ได้รับการ ช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงานต่าง ๆ หรือไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ (Gibson, 1995)

สรุปการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ซึ่งในแต่ละ ขั้นตอนจะมีความต่อเนื่อง เมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะเกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง เกิดความรู้สึก มีส่วนร่วม (Participatory competence) ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้าง พลังอำนาจ คือ 1) การพัฒนาตนเอง (Self development) 2) ความสามารถในการควบคุมหรือจัดการ สถานการณ์ได้ (Sense of mastery) 3) ความรู้สึกพึงพอใจ (Sense of satisfaction) และ 4) การมี เป้าหมายและความหมายในชีวิต (Purpose and meaning in life)

3.2 ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

3.2.1 พฤติกรรมสุขภาพ

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเชื่อว่า การประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการ สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ให้กับสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด จะมีผลให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีการพัฒนาตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในการจัดการ และควบคุมสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นกับตน จนเกิดความพึงพอใจ และ มีการตั้งเป้าหมายและมุ่งมั่นที่จะไปให้ถึงเป้าหมายของตน คือ การมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ เหมาะสม เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

จากงานศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของ โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจที่มีต่อ พฤติกรรม พบว่า มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ร่วมกับการ สนับสนุนของสามีจะมีพฤติกรรมดูแลลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < .001$) (เบญจวรรณ ละหุการ, 2563) สอดคล้องกับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สูงกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) (ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา และกาญจนา สมบัติศิริ นันท์, 2559) เช่นเดียวกับงานวิจัยในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .001$) (ทิพสุดา นุ้ยแม่นัน, 2554) และงานวิจัยที่พบว่า โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลให้หญิงคลอดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพทารกแรกเกิด น้ำหนักตัวน้อยมากสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มีผลทำให้มีพฤติกรรมดูแล ตนเองเพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .001$) (Suntayakorn & Rojjanasrirat, 2013) เช่นเดียวกับผลของ โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้สูงอายุจังหวัดแพร่ มี คะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) (Thojampa, et al., 2020) และจากงานวิจัยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจทำให้เกิด พฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($P < 0.001$)

ข้อสรุปจากการวิจัยข้างต้นยืนยันว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจช่วยให้บุคคลมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงมีความเป็นไปได้ว่า โปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับการรักษาจน อาการเจ็บครรภ์บรรเทาลง มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดซ้ำได้ ซึ่งการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการรับประทานอาหาร การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม จะช่วยทำให้ลดการเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรรับประทาน อาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนสูง (Polyunsaturated fatty acids) โดยอาหารกลุ่มนี้จะไปช่วย ยับยั้งการหลั่ง Prostaglandin E2 and F2 เมื่อมีการหลั่งฮอร์โมนดังกล่าวลดลงจะทำให้เกิดการหด ตัวของมดลูกลดลงได้ อาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนสูงเช่น ปลา น้ำมันปลา พืชตระกูลถั่ว และธัญพืชต่าง ๆ การปรุงอาหารด้วยการใช้น้ำมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอก ทานตะวัน เป็นต้น (Facchinetti, Fazzio, & Venturini, 2005) และจากผลวิจัยพบว่า การรับประทาน ผัก ผลไม้ นม และอาหารที่มีโปรตีนสูง ช่วยลดการเกิดคลอดก่อนกำหนดได้ ส่วนอาหารที่ควร หลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารประเภทที่มีไขมันและน้ำตาลสูง เช่น มัfriงทอด อาหารฟาสฟู๊ด (Takeaway food) เป็นต้น (Grieger, Grzeskowiak, & Clifton, 2014) และอาหารที่แปรรูปเป็น แยกที่เรีย เช่น ของหมัก ดอง อาหารดิบ เป็นต้นเพราะจะทำให้มีการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร และกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูกได้

2. **ด้านการจัดการความเครียด** ความเครียดที่มีต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จะทำให้มีการหลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) สูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Holzman et al., 2009) นอกจากนี้ ความเครียดยังมีผลกระทบต่อการทำงานของไฮโปทาลามิก พิทูอิทารี แอดรีนอล แอ็กซิส (Hypothalamic pituitary adrenal axis) ที่ควบคุมการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติโคโทรฟิน-รีลีสซิ่ง (Corticotrophin-releasing hormone [CRH]) ทำให้สตรีตั้งครรภ์มี ฮอร์โมนดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์ และนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด (Schetter, 2009) โดยการกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติซอล ส่งผลยับยั้ง การผลิตฮอร์โมน โพรเจสเตอโรน (Progesterone) ที่รัก ในขณะที่เดียวกัน ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) จะเพิ่มการผลิตมากขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงของ ฮอร์โมนความเครียดที่กล่าวมาข้างต้นนั้น จะส่งผลให้เกิดการกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูก (Romero et al., 2006) นอกจากนี้ ยังส่งผลให้น้ำหนักตัวของหญิงตั้งครรภ์ลดลง ส่งผลทำให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดน้อยกว่าปกติ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตั้งครรภ์ เช่น การคลอดก่อนกำหนดได้ (ฐิติกานต์ ณ ปั่น, 2557)

การจัดการกับความเครียด สมจิต หนูเจริญกุล (อ้างใน วนรัตน์ สิงใส 2555: 43) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดความเครียดและ กระทบถึงอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองทางจิตใจและ สรีระของตน บุคคลจะหาวิธีจัดการกับอาการหรือการตอบสนองนั้น ๆ บุคคลที่เผชิญกับความเครียด ได้ดีคือ บุคคลที่รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสม กับสถานการณ์ การเผชิญกับความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ

1) การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused Coping) เป็นการเผชิญกับความเครียดโดยการ เปลี่ยน ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้นรู้จัก จัดการกับแหล่งของ ความเครียด หรือจัดการกับตนเองโดยพยายามมุ่งแก้ปัญหา

2) การจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused Coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือ ความรู้สึก เพื่อ ไม่ให้ความเครียดนั้น ทำลายขวัญ และกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำ หน้าที่ของบุคคล นั่นคือ บุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกเพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การปฏิเสธ เมื่อเป็นโรคร้าย เพื่อไม่ให้ตนเองเป็นทุกข์จนไม่สามารถจะ กระทำอะไรได้ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามจากการวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic reviews) วิธีการจัดการความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 หมวด ได้แก่ การใช้เทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลาย และการสนับสนุนทางสังคม (สุภาพร เลิศ กวินอนันต์ วรรณิการ์ กันธะรักษา และฉวี เบาทรวง, 2559) โดยการจัดการความเครียดทั้ง 3 วิธี

ช่วยให้สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดลดลงและช่วยยืดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ได้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการใช้เทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลาย เพื่อให้เป็นข้อมูลสำหรับการส่งเสริมพลังอำนาจให้สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดซ้ำได้ เนื่องจากทั้ง 2 วิธี เป็นวิธีที่สตรีตั้งครรภ์ทำได้ด้วยตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การใช้เทคนิคการหายใจ เป็นวิธีการที่มุ่งให้สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง โดยการสอนและการฝึกปฏิบัติ โดยพบว่าสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้เทคนิคการหายใจมีระดับคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยควรหายใจที่มีลักษณะ ช้า นิ่งลึกและสม่ำเสมอ จะโดยลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาการตอบสนองที่เกิดจากความเครียดลดลง ในขณะที่เดียวกันจะส่งผลกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้ระบบประสาทด้านการผ่อนคลายทำงานเพิ่มขึ้น ลดความกดดันทางอารมณ์ ทำให้รู้สึกเครียดลดลง (Jerath & Barnes, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าการหายใจแบบโยคะยังเป็นการหายใจที่มุ่งเน้นการใช้กล้ามเนื้อส่วนท้อง (Abdominal breathing) หรือกล้ามเนื้อกระบังลม (Diaphragmatic breathing) มากกว่าการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอก (Chest breathing) ทำให้ลดการเกร็ง และความตึงเครียดของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจและ ช่วยให้ระบบของร่างกายที่ตอบสนองต่อความเครียด กลับคืนสู่ภาวะปกติทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และรู้สึกมีความเครียดลดลง (Varvogli & Darviri, 2011) เมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นำเทคนิคการหายใจแบบโยคะไปใช้ก็จะทำให้มีระดับความเครียดลดลงและลดอัตราการเจ็บครรภ์คลอดกำหนดซ้ำได้

2) การผ่อนคลาย การผ่อนคลายเป็นวิธีการจัดการที่มุ่งให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้และความสามารถในการจัดการความเครียดด้วยตนเอง จากงานวิจัยพบว่าสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับ โปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายด้วยการฟังเสียงเพลงที่มีจังหวะและท่วงทำนองที่ นุ่มนวลในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบวันละ 13 นาที มีระดับคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากการผ่อนคลายมีผลยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดลดลง (Peek, 2003) นอกจากนี้ยังมีผลต่อการรับรู้ของสมองส่วนลิมบิก (Limbic system) ทำให้บุคคลเกิดการเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งก่อความเครียด (Payne & Donaghy, 2010) และจากผลวิจัยพบว่า การผ่อนคลายโดยการฟังเพลงนั้น ส่งผลต่อด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายนั้นจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต และระดับฮอร์โมนเป็นต้น ส่วนในด้านจิตใจนั้น ทำให้ลดความวิตกกังวลและความเครียดได้ (Martina, Anouk, Susan, Xavier, & Geert, 2020) จึงได้นำเทคนิคการ

ผ่อนคลายด้วยการฟังเพลง มาใช้ลดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ในโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจนั้น ได้นำการจัดการความเครียดมาให้คำแนะนำ และเป็นทางเลือกในการปฏิบัติในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยนำเทคนิคการควบคุมลมหายใจแบบโยคะ การฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีด้วยการฟังเสียงเพลงที่มีจังหวะและท่วงทำนองที่ นุ่มนวลในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบวันละ 13 นาที มาใช้ในการลดความเครียด เพื่อป้องกันการเกิดการคลอดก่อนกำหนดซ้ำ

3. ด้านการพักผ่อน ได้แก่ การนอนหลับเพียงพอวันละ 7-8 ชั่วโมง หากนอนหลับพักผ่อนน้อยกว่าวันละ 6 ชั่วโมง จะนำไปสู่การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (Sandhya, Sixto, Bizu, Chunfang, Yasmin, Daniel, & Michelle, 2014) และการทำงานที่ต้องนั่งทำงานนาน ๆ การเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ และควรงั่งโดยมีที่รองเท้าเพื่อ ยกขาสูงหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องยืนนาน ๆ การยกของหนัก หรือการขึ้นลงบันไดบ่อย ซึ่งอาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ อีกทั้งควรชี้แจงถึงลักษณะงานที่ ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายการคุ้มครองลูกจ้าง หญิงตั้งครรภ์ว่าไม่ควรกระทำ เช่น งานเกี่ยวกับเครื่องยนต์ที่มีความสั่นสะเทือน งานยก แบก หาม ของหนักเกิน 15 กิโลกรัม การทำงานล่วงเวลา เป็นต้น (จิรวรรณ บัวแย้ม, 2562) และจากการศึกษาของ Bonzini และคณะพบว่า การทำงานติดต่อกันยาวนาน การทำงานล่วงเวลา การทำงานเป็นกะ งานที่ต้องยกของ การทำงานที่ยืนนาน ภาระงานหนัก เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด (Bonzini et al, 2007) อีกทั้งพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานมากกว่า 42 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การทำงานที่ต้องยืนนาน ๆ มากกว่า 6 ชั่วโมง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดได้ (ประภัสร์ วานิชพงษ์พันธ์, 2554)

4. ด้านการป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อในร่างกายจะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันทำให้เกิดการหลั่งสารโพรสตาแกรนดิน(Prostaglandin) ไปกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูกได้ (Cunningham et al., 2018) ในขณะที่ตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์อาจมีตกขาวเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรสังเกตตกขาวที่มีลักษณะผิดปกติเช่น มีปริมาณมากกว่าปกติ มีสีกลิ่นเปลี่ยนไปหรือมีคันช่องคลอดร่วมด้วย ควรรีบมาพบแพทย์ทันทีเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยหาการติดเชื้อในช่องคลอด ซึ่งการติดเชื้อบางชนิดอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด ระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น(ฉวี เบาทรวง, 2555) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Agrawal & Hirsch ที่พบว่า การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อภายในช่องท้อง อวัยวะสืบพันธุ์ สำหรับการติดเชื้อที่บริเวณปากมดลูกโพรงมดลูก มีความสัมพันธ์ กับภาวะเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด (Agrawal & Hirsch, 2012) โดยควรป้องกันการติดเชื้อดังกล่าวโดยการไม่กลั้นปัสสาวะ

และการรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ โดยการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี (กนกพร นทีชนสมบัติ, 2556) และสังเกตลักษณะของสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากช่องคลอด เช่น หากมีตกขาวสีผิดปกติควรพบแพทย์เพื่อรักษาอย่างทันที่

5. ด้านการป้องกันสารพิษ

5.1 การได้รับสารเคมี ได้แก่ สารมลพิษอินทรีย์ สารปนเปื้อนในน้ำดื่ม มลพิษในชั้นบรรยากาศ การได้รับโลหะและสารปนเปื้อนอื่น ๆ ในสิ่งแวดล้อม (Kelly, Marie, John, 2013) เช่น สารเคมีต่าง ๆ สารที่เกิดจากการเผาไหม้ เช่น คาร์บอนมอนนอกไซด์ คราบน้ำมัน (Kelly, Marie, & John, 2013) ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงการได้รับฝุ่นควันพิษทั้งหลาย หากจำเป็นต้องเดินทางไปบริเวณที่มีฝุ่นควันพิษ สตรีตั้งครรภ์ควรผูกหน้ากากอนามัยปิดปากและจมูก และรักษาความสะอาดโดยใช้น้ำสะอาดล้างมือแล้ววันทั้งวันละ 3-4 ครั้ง หากสูดดม หรืออยู่ในบริเวณที่มีหมอกควัน เมื่อมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ควรรีบไปพบแพทย์ทันที (ฐิรวรรณ บัวเยี่ยม, 2562)

5.2 หลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ (Second hand smoker) ทั้งในบ้าน ที่ทำงาน และแหล่งชุมชน หากคัดกรองได้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ สตรีตั้งครรภ์ควรอธิบายให้บุคคลในบ้านเห็นถึงความสำคัญและอันตรายหากสตรีตั้งครรภ์ได้รับ และควรหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้บุคคลขณะสูบบุหรี่ (ฐิรวรรณ บัวเยี่ยม, 2562)

6. ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดซ้ำ โดยจะมีอาการนำที่แสดงถึงการเจ็บครรภ์ เช่น มีอาการปวดท้องน้อยบริเวณอุ้งเชิงกรานคล้ายอาการปวดประจำเดือน เจ็บบริเวณหลังส่วนล่าง ปวดถ่วงในช่องคลอด ฝึ้น และทวารหนัก มีมูก มูกเลือด และเลือดออกจากช่องคลอด หรือมีอาการน้ำเดิน เป็นต้น (ชเนนทร์ วนาภิรักษ์และธีระ ทองสง, 2555) ดังนั้น จึงควรสังเกตอาการแสดงเหล่านี้ และมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ การเฝ้าระวังอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อสามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ทันที่ และให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปจนมีอายุครรภ์เพิ่มขึ้นหรือจนกระทั่งครบกำหนดคลอด

3.2.2 การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ เหตุผลในการกำหนดระยะเวลา 2 สัปดาห์ เนื่องจากโดยทั่วไปเป้าหมายการรักษาทางการแพทย์มุ่งหวังผลการรักษาที่สามารถยืดอายุครรภ์ของมารดาที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้ได้ยาวนานที่สุด เพื่อให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตและสามารถมีชีวิตได้ หากต้องคลอด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าควรมีการติดตามการหดตัวของมดลูกทุก 2

สัปดาห์ เพียงพอต่อการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด (สุพัตรา ปิ่นแก้ว, 2557) และจากการศึกษางานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจมักจะติดตามผลลัพธ์ใน 2 สัปดาห์ หลังจากที่ได้รับโปรแกรม (จิราพร อุดมกิจพิพัฒน์ และคณะ, 2561; ทิพสุดา น้อยแมน, 2554) ดังนั้น โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ จึงคาดหวังให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์ซ้ำได้อย่างน้อยภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ นั่นคือ ไม่มีการเจ็บครรภ์ซ้ำเกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีงานมาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมาใช้ในกลุ่มสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และกลุ่มที่คลอดทารกก่อนกำหนด ดังนั้น จึงไม่พบการศึกษาผลของ โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการลดอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ แต่ด้วยเหตุผลที่กล่าวข้างต้นและการทบทวนวรรณกรรมยืนยันถึงผลการสร้างเสริมพลังอำนาจที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อวิจัยจึงสันนิษฐานว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจจะส่งผลของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำต่ำกว่าสตรีที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ

โดยสรุปผู้วิจัยโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจจะส่งผลลัพธ์ให้สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้อัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำลดลง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest -posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นครั้งแรก ซึ่งได้รับการรักษาด้วยการยับยั้งการคลอดที่โรงพยาบาล และแพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ ระหว่างเดือน กันยายน ถึง ธันวาคม 2565 สำหรับเนื้อหาในวิธีดำเนินการวิจัยนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการทดลอง และการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาด้วยการยับยั้งการคลอดที่โรงพยาบาลตติยกรรมิ ในจังหวัดจันทบุรีเป็นครั้งแรก และมีแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาด้วยการยับยั้งการคลอดที่โรงพยาบาลเป็นครั้งแรก และมีแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเข้ารับการรักษาระหว่าง เดือน กันยายน ถึง ธันวาคม 2565 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีอายุ 20 - 35 ปี
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เช่น การตกเลือดก่อนคลอด รกเกาะต่ำ เป็นต้น
3. ไม่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต ไทรอยด์ และหัวใจ เป็นต้น
4. ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน
5. มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถรับสัญญาณ Internet ได้
6. มีความสามารถในการใช้ แอปพลิเคชันไลน์ได้

7. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมไม่ครบตามแผนการวิจัย
2. มีความผิดปกติทางด้านจิตเวช
3. มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เช่น ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นต้น

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างจากจากโปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเฉพาะเจาะจง หาได้ยาก (รัตนศิริ ทาโต, 2552) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างโดยเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 15% ดังนั้นได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือก สตรีตั้งครรภ์ทุกคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 25 คน จากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มทดลอง 25 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้สร้างขึ้นเองโดยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้คือ ส่วนที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถาม แบบตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุเต็มปี สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย ผู้ที่ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด และโรคประจำตัว โดยลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ และเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์ซ้ำ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ด้านการรับประทานอาหาร (ข้อที่ 1-5) 2) ด้าน

การจัดการความเครียด (ข้อที่ 6-10) 3) ด้านการพักผ่อน (ข้อที่ 11-14) 4) ด้านการป้องกันการติดเชื้อ (ข้อที่ 15-18) 5) ด้านการป้องกันสารพิษ (ข้อที่ 19-23) และ 6) ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ (ข้อที่ 24-26) โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 26 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด 16 ข้อ (ข้อที่ 1,2,7,8,9,11,12,14,15,19,20,21 ,23,24,25 และ26) และข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ (ข้อที่ 3, 4, 5, 6, 10, 13, 16, 17, 18 และ22) เป็นข้อความแบบประมาณค่า 4 คำตอบ ให้เลือกตอบจากคำตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 4 ถึง 1 ในทางกลับกัน ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน จาก 1 ถึง 4 คะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพดี คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก ประกอบด้วย อายุครรภ์ ลำดับครรภ์ ภาวะแทรกซ้อน ความผิดปกติและปัญหาในระหว่างตั้งครรภ์ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำและเข้ารับการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยลักษณะของเครื่องมือส่วนนี้เป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมคำลงในช่องว่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วยสื่อต่างๆ คือ แผนการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ แผนการสอนเรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เกมทดสอบความรู้เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เอกสารอิเล็กทรอนิกส์เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และวีดิทัศน์สอนการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง รายละเอียดดังนี้

2.1 แผนการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) ดำเนินการเมื่อพบกลุ่มทดลองครั้งแรก ใช้เวลา 20 นาที ประเมินความเครียด (ครั้งที่ 1) ด้วยแบบประเมินความเครียดด้วยสายตา ผู้วิจัยทำกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยการให้เล่นเกมทดสอบความรู้ออนไลน์ และพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน กระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ทบทวนสำรวจปัญหาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นกับตนเอง และผลกระทบจากการมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแผนการสอน โดยเปิดเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ประกอบการสอน และสอนการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง ด้วยสื่อวีดิทัศน์

2) ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) ดำเนินการเมื่อพบกลุ่มทดลองครั้งแรก ใช้เวลา 20 นาที ให้กลุ่มทดลองได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา โดยใช้คำถามช่วยให้สะท้อนคิดถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำที่บ้าน

3) ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ดำเนินการต่อจากขั้นตอนที่ 2 ถึง 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) การแนะนำสื่อให้ความรู้ทางสุขภาพ ที่ใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร (Telehealth) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2) กิจกรรมการประเมินผลการตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ ให้กลุ่มทดลองกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ และบันทึกในแบบบันทึกการวางแผนการดูแลสุขภาพ (แบบบันทึก P1) เพื่อผู้วิจัยประเมินติดตามการปฏิบัติตามแผน

4) ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) โดยดำเนินการระหว่างสัปดาห์ที่ 1 ถึง สัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยวิธีการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ หรือติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งละประมาณ 10 นาที จำนวน 3 ครั้ง (ติดตาม 2 ครั้ง/สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1 และติดตาม 1 ครั้ง/สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 2) เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยพิจารณาจากแบบบันทึกการดูแลสุขภาพ (แบบบันทึก P2) และแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหากปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม พร้อมทั้งประเมินความเครียด (ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3) โดยการประเมินความเครียดครั้งที่ 2 เมื่อครบ 1 สัปดาห์ และประเมินความเครียดครั้งที่ 3 เมื่อครบ 2 สัปดาห์)

นอกจากนี้ในการติดตามครั้งที่ 3 ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยเข้าพบสตรีตั้งครรภ์ (กรณีมาตามนัด) หรือติดตามสอบถามทางแอปพลิเคชันไลน์/โทรศัพท์ (กรณีไม่มาตามนัด) เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

2.2 แผนการสอนเรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ใช้เวลาในการสอน 10 นาที มีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม และ 3) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ไม่เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื้อหาประกอบไปด้วย 1) ความสำคัญและผลกระทบต่อสุขภาพของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) อาการนำของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) เหตุส่งเสริมให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และ 4) พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

2.3 เอกสารอิเล็กทรอนิกส์เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ใช้เวลาอ่านประมาณ 10 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื้อหาประกอบไปด้วย 1) ความสำคัญและผลกระทบต่อสุขภาพของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) อาการนำของการเจ็บครรภ์

คลอดก่อนกำหนด และ3) พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.4 วิดีทัศน์ เรื่องการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง ใช้เวลาในการสอน 3 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง เมื่ออยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง เนื้อหาประกอบไปด้วย การหดตัวของมดลูกควรเกิดขึ้นเมื่อไร ผลของการเกิดการหดตัวของมดลูกก่อนกำหนด สาธิตวิธีการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดการหดตัวของมดลูกก่อนกำหนด

2.5 เกมทดสอบความรู้ออนไลน์ ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ใช้เวลาในการเล่นเกมส์ 10 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ทบทวนความรู้ เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อาการของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมสุขภาพของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.6 แบบบันทึกการวางแผนการดูแลสุขภาพ (P1) เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง บันทึกเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม การวางแผนปฏิบัติพฤติกรรม โดยให้บันทึกทันทีหลังจากดำเนิน โปรแกรมในขั้นตอนการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ เพื่อให้ผู้วิจัยติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองตามแผนที่กลุ่มทดลองได้ตั้งไว้

2.7 แบบบันทึกการดูแลสุขภาพ (P2) เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองบันทึกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้บันทึกเป็นรายวัน และรายสัปดาห์ และส่งมายังไลน์ของผู้วิจัย ในสัปดาห์ที่ 1 จะติดตามสอบถาม 2 ครั้ง/สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 2 จะสอบถาม 1 ครั้ง พร้อมทั้งแนะนำหากปฏิบัติพฤติกรรมไม่เหมาะสม และให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง

2.8 แบบประเมินความเครียด เป็นแบบวัดความเครียดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale for Anxiety, [VAS-A]) ซึ่งพัฒนาโดย Janice (1991) มีลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอน มีความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่อง และมีตัวเลขกำกับ เริ่มจากเลข 0-10 ประเมินโดยการให้กลุ่มทดลองทำเครื่องหมายกากบาท X ณ จุดที่มีระดับความเครียด โดยกำหนดให้เลข 0 หมายถึง ไม่มีความเครียด และเลข 10 หมายถึง มีความเครียดมาก ผู้วิจัยประเมินความเครียด เมื่อพบกลุ่มทดลองครั้งแรก และติดตามประเมินครั้งที่ 2 และ 3 ระหว่างการดำเนิน โปรแกรมฯ เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 2 ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ยกเว้นแบบประเมินความเครียด ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานและเป็นการประมาณค่าด้วยสายตา และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการเสริมสร้าง พลังอำนาจ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ท่าน และสูติแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความ ถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ความถูกต้องของภาษา ตลอดจนเนื้อหาให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ควรมีค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index: CVI) ไม่ต่ำกว่า .8 (Burn, 2001) โดยเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยฉบับนี้ว่าค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา .97

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแต่ละแบบประเมินควรมีค่าไม่ต่ำกว่า .7 สำหรับเครื่องมือที่สร้างใหม่ (Fraenkel & Wallen, 1993) โดยแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าแอลฟาของครอนบาค .73

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสโครงการ G-HS019/2565(C2) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (รหัสโครงการ CTIREC 044/65) ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัย และรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี หลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัยและรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ การบันทึกข้อมูลไม่ ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างที่ได้ผู้วิจัยเก็บรักษาเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับใด ๆ และมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านคำชี้แจง

แบบสอบถาม และอธิบายกลุ่มตัวอย่างให้สามารถตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ ในระหว่างการเข้าร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือ ยุติการเข้าร่วมการศึกษา ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษา ไม่มีผลต่อบริการดูแลรักษาพยาบาลที่จะได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อม และจะทำลายเอกสารทั้งหมดทั้งหมดหลังจากสิ้นสุดการวิจัยภายใน 1 ปี ซึ่งจากการดำเนินการกลุ่มตัวอย่างทั้ง 50 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย มีความสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย พร้อมลงชื่อในใบยินยอมเป็นที่เรียบร้อย

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ภายหลังได้รับใบรับรองจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยบูรพาและจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านหน่วยงานบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตรวบรวมข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรีแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช และหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรม3 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.3 ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติกรรม (หลังคลอด) เพื่อเข้าพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ซึ่งได้รับการรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจนอาการดีขึ้นและแพทย์มีแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (1 วัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) และเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แนะนำตนเองพร้อมทั้งให้คำแนะนำข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย ให้เวลากับสตรีตั้งครรภ์ทำความเข้าใจกับเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์ตัดสินใจโดยอิสระในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่า การเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลต่างๆที่จะได้รับในปัจจุบันหรือในอนาคต

1.4 ภายหลังจากที่สตรีตั้งครรภ์ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยคัดเลือกให้สตรีตั้งครรภ์ที่ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย 25 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม และ 25 คนถัดมาเป็นกลุ่มทดลอง

1.5 ทำการเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย ในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 25 คน แล้วจึงเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล

2. ขั้นตอนการวิจัยในกลุ่มควบคุม

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมครั้งที่ 1 (1 วัน ก่อนได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) เลือกช่วงเวลาในกลุ่มควบคุมมีความพร้อมและสะดวกในการดำเนินการ ขอให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (Pre-test) จากนั้นให้กลุ่มควบคุมเข้ากลุ่มไลน์(สำหรับกลุ่มควบคุม)

2.2 กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้านตามมาตรฐานการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วย

2.3 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมครั้งที่ 2 (หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (Post-test) และสอบถามการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

2.4 ภายหลังจากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพเสร็จสิ้น ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มควบคุมทราบว่าขอติดตามประเมินการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำอีก 2 สัปดาห์ถัดไป โดยการโทรศัพท์สอบถาม เปิดโอกาสให้กลุ่มควบคุมได้ซักถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุมในการเข้าร่วมวิจัย และแนะนำการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเช่นเดียวกับที่ปฏิบัติกับกลุ่มทดลอง พร้อมทั้งส่งวิดีโอการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทางไลน์กลุ่ม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

3. ขั้นตอนการในกลุ่มทดลอง

3.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1 (1 วันก่อนที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) เลือกช่วงเวลาในกลุ่มทดลองมีความพร้อมและสะดวกในการดำเนินการ ขอให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (Pre-test) จากนั้นให้เข้ากลุ่มไลน์(สำหรับกลุ่มทดลอง)

3.2 กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้านตามมาตรฐานการพยาบาลตามปกติ

3.3 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ตาม โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังแสดงในตารางที่

3.1 จนถึงขั้นตอนการประเมินผลของโปรแกรม

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลอง

| ขั้นตอนตามทฤษฎี | ช่วงเวลา / ระยะเวลา | กิจกรรมในโปรแกรม | วัตถุประสงค์ | เนื้อหาของกิจกรรม |
|---|--|---|--|--|
| ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบความจริง (Discovery reality) | ครั้งที่ 1 / 1 วัน ก่อนจำหน่าย กลับบ้าน (ระยะเวลา 20 นาที) | 1.1 การสร้าง สัมพันธภาพ และสำรวจปัญหา | สตรีตั้งครรภ์ ตระหนักถึงปัญหา การเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด ลด ความวิตกกังวล และเชื่อมั่นในการ ดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันการเกิด การเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดซ้ำ | 1. กล่าวถึงทฤษฎีสตรีตั้งครรภ์ที่ที่เป็นมิตร สี่เหลี่ยม เข็มแจ่มใส แนะนำตัวเอง 2. ประเมินความรู้สึกรู้สึก/การรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ ต่อปัญหา การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลกระทบของการคลอด ก่อนกำหนด ที่เกิดขึ้นในครั้ง นี้ และโอกาสที่จะเกิดการ เจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ 3. กระตุ้น ให้สตรีตั้งครรภ์ประเมินปัญหา หรืออุปสรรค ของปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดซ้ำ 4. ประเมินความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ (ครั้งที่ 1) ด้วยแบบ ประเมินความเครียด 5. กระตุ้น ให้สตรีตั้งครรภ์สะท้อนคิดถึงความสามารถ ใน การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน เพื่อป้องกันการ เกิดการ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ และความ ต้องการ การ |

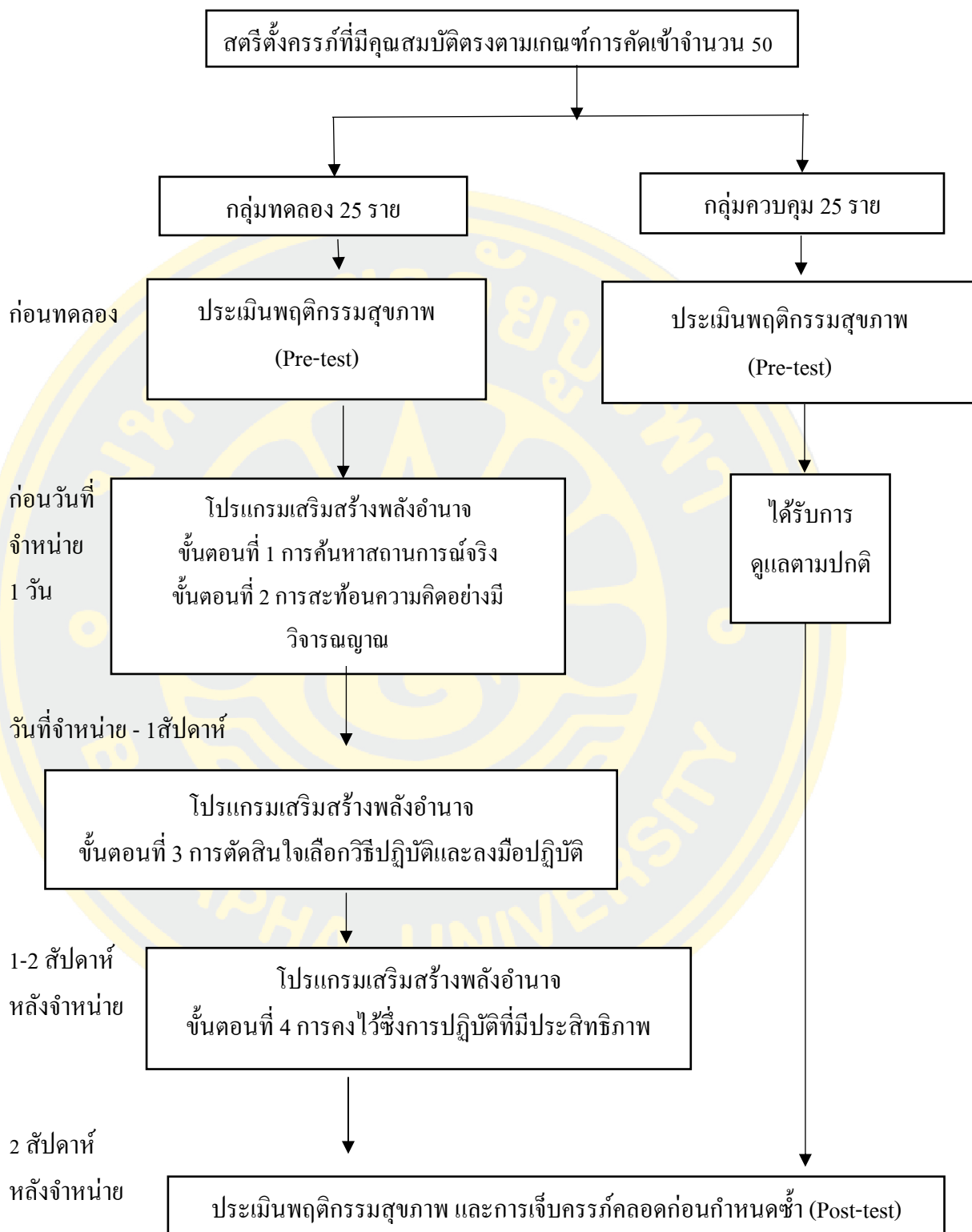
| ขั้นตอนตามทฤษฎี | ช่วงเวลา / ระยะเวลา | กิจกรรมในโปรแกรม | วัตถุประสงค์ | เนื้อหาของกิจกรรม |
|-----------------|---|--|---|---|
| | ครั้งที่ 1 / 1 วัน ก่อนจำหน่าย กลับบ้าน (ระยะเวลา 20 นาที) | 1.2 เสริมสร้างความรู้ และประสบการณ์ | - สตรีติงครรมี่ ความรู้ และความ เข้าใจ เกี่ยวกับ การ เจ็บ- ครรภ์คลอดก่อน กำหนด และการ ดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน การเกิด การเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด เป็นข้อมูล แก่ | ช่วยเหลือ โดยการสอบถามถึงผู้ที่ให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน และการให้ข้อมูลแก่ผู้ช่วยเหลือ 6. เสริมความเชื่อมั่นแก่สตรีติงครรมี่ด้วยคำพูดและใจ กำลังใจ ว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพเพื่อป้องกัน เจ็บครรภ์คลอดก่อนหน้าได้ 1. ให้สตรีติงครรมี่เล่นเกมที่ทดสอบความรู้ โดยการ scam QR-code เพื่อนำไปสู่เกมออนไลน์ 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับกรเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ 1) ความสำคัญและผลกระทบต่อสุขภาพของภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด 2) อาการนำของการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด 3) เหตุส่งเสริมให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และ 4) พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดด้วยสื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์(รายละเอียด ตามแผนการสอน) 3. สอนการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง ด้วย สื่อวีดิทัศน์ |

| ขั้นตอนตามทฤษฎี | ช่วงเวลา / ระยะเวลา | กิจกรรมในโปรแกรม | วัตถุประสงค์ | เนื้อหาของกิจกรรม |
|--|---|--------------------------------------|--|---|
| ขั้นตอนที่ 2 สะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ | ครั้งที่ 1 / 1 วัน ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน (ระยะเวลา 10 นาที) | 2.1 กำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลสุขภาพ | สตรีตั้งครรภ์ในการทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของตนเอง สตรีตั้งครรภ์ที่สามารถวิเคราะห์ที่วางแผน กำหนดเป้าหมาย และวิธีการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งจะปฏิบัติเพื่อป้องกันเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำด้วยตนเอง | - ผู้วิจัยกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ สะท้อนคิดถึงสถานการณ์ปัญหาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้น รวมทั้งความรู้ที่ได้รับ และแนวทางที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ - กระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์วางแผนดูแลสุขภาพ โดยให้กำหนดเป้าหมาย และพฤติกรรมสุขภาพที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำด้วยตนเอง |

| ขั้นตอนตามทฤษฎี | ช่วงเวลา / ระยะเวลา | กิจกรรมในโปรแกรม | วัตถุประสงค์ | เนื้อหาของกิจกรรม |
|---|--|---|---|--|
| <p>ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ และลงมือปฏิบัติ</p> | <p>ครั้งที่ 2/1 วัน ก่อนจำหน่าย กลับบ้าน -7 หลังออกจาก โรงพยาบาล (ระยะเวลา ครั้ง ละ 10 นาที)</p> | <p>3.1 ลงมือปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน</p> | <p>สตรีตั้งครรภ์ สามารถดูแล สุขภาพ เพื่อป้องกันการ เจ็บครรภ์ซ้ำ ด้วยตนเอง</p> | <p>- หลังจากวางแผน กำหนดเป้าหมาย และการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพแล้ว ให้เขียนลงในแบบบันทึกการ วางแผนปฏิบัติพฤติกรรม (แบบบันทึก PI) เพื่อให้ผู้วิจัย ติดตามแผนที่ได้วางไว้</p> <p>- ผู้วิจัยสนับสนุนสื่อที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ผ่าน ทางแอปพลิเคชันไลน์ ได้แก่ เกมทดสอบความรู้ออนไลน์ สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ (รายละเอียดตามแผนการสอน) วิดีโอสอนการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง โดยให้ประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองทุกวัน จด บันทึกไว้ และหากมีการหดตัวของมดลูก ให้แจ้งมายัง กลุ่มไลน์</p> <p>-ชี้แจงว่าขอติดตามอาการเจ็บครรภ์ต่ออีก 2 สัปดาห์ ระหว่างนี้หากมีอาการเจ็บครรภ์ ขอให้แจ้งผู้วิจัยทราบ</p> |

| ขั้นตอนตามทฤษฎี | ช่วงเวลา / ระยะเวลา | กิจกรรมในโปรแกรม | วัตถุประสงค์ | เนื้อหาของกิจกรรม |
|--|--|---|--|--|
| ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ | ครั้งที่ 3 1 สัปดาห์ ภายหลัง จำหน่าย (ระยะเวลาครึ่ง ละ 10 นาที) | 3.2 ติดตามการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน | สร้างตัวชี้วัด สามารถดูแล สุขภาพตนเองใน การป้องกันการเกิด การเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด ได้อย่างต่อเนื่อง และประเมินผล พฤติกรรมดูแล สุขภาพ | ผู้วิจัยติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ - ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งตามแผนที่วางไว้ พร้อมทั้ง ติดตามสอบถามและกระตุ้นให้บันทึกลงในแบบบันทึก P2 โดยบันทึกเป็นรายวัน และรายสัปดาห์ - สอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเจ็บ ครรภ์ซ้ำ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือ (สอบถาม 2 ครั้ง/สัปดาห์) - ประเมินความเครียด (ครั้งที่ 2) |
| | ครั้งที่ 4 2 สัปดาห์ ภายหลัง จำหน่าย (ระยะเวลา 10 นาที) | | | ผู้วิจัยติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ - ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งตามแผนที่วางไว้ พร้อมทั้ง ติดตามสอบถามและกระตุ้นให้บันทึกลงในแบบบันทึก P2 โดยบันทึกเป็นรายวัน และรายสัปดาห์ |

| ขั้นตอนตามทฤษฎี | ช่วงเวลา / ระยะเวลา | กิจกรรมในโปรแกรม | วัตถุประสงค์ | เนื้อหาของกิจกรรม |
|-----------------|------------------------|------------------|--------------|--|
| | | | | <p>-สอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเจ็บ ครรภ์ซ้ำ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการช่วยเหลือ (สอบถาม 1 ครั้ง/สัปดาห์) -ประเมินความเครียด (ครั้งที่ 3) -ทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (Post-test) และ สอบถามการเจ็บครรภ์ซ้ำ -แจ้งการยุติกระบวนการเสริมสร้างพลังงานที่ได้จัดทำ ขึ้น โดยผู้วิจัยทบทวนและเล่าสิ่งที่ได้ปฏิบัติตามแผน และ กล่าวขอบคุณเพื่อสิ้นสุดการทดลอง</p> |



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) หาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด สูงสุด
2. เปรียบเทียบความแตกต่างกันข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีอิสระ (Independent t-test) และไคสแควร์ (Chi-Square test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที่ไม่อิสระ (Paired t-test)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และหลังได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test)
5. เปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ หลังได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อ พฤติกรรม สุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นครั้งแรก ซึ่งได้รับการรักษา ด้วยการยับยั้งการคลอดที่โรงพยาบาล และแพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ จำนวน 50 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาล และกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยได้นำเสนอในรูปแบบบรรยายและตารางตามลำดับนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ
4. เปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล และข้อมูลการตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่าง ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t- test ในกรณีตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบอัตราภาค (interval scale) และอัตราส่วน (ratio scale) และข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ได้แก่ อายุ อายุ

ครรภ์ และระยะเวลาในการรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนหนด ส่วนข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ หรือ ข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (nominal scale) ใช้สถิติ Chi-square ในการทดสอบ ได้แก่ สถานภาพ ระดับการศึกษา การทำงาน อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพในครอบครัว ลำดับการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของอายุ และอายุครรภ์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง เป็นความถี่ และร้อยละ โดยใช้สถิติ Independent t-test, $\alpha=.05$ (n = 50)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มควบคุม (n=25) | | กลุ่มทดลอง (n=25) | | t | P value |
|--------------------|--------------------|--------|-------------------|--------|-----|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| อายุ | | | | | .23 | .82 |
| 21 – 25 ปี | 7 | 28.00 | 7 | 28.00 | | |
| 26 – 30 ปี | 11 | 44.00 | 12 | 48.00 | | |
| 31 – 35 ปี | 7 | 28.00 | 6 | 28.00 | | |
| Mean (SD) | 27.36 (3.54) | | 27.12 (3.81) | | | |
| อายุครรภ์ | | | | | .99 | .33 |
| 28 – 30 สัปดาห์ | 10 | 40.00 | 6 | 24.00 | | |
| 31 – 34 สัปดาห์ | 15 | 60.00 | 19 | 76.00 | | |
| Mean (SD) | 31.32 (1.84) | | 31.83 (1.79) | | | |
| ระยะเวลาในการรักษา | | | | | .17 | .86 |
| 2-3 วัน | 12 | 48.00 | 9 | 36.00 | | |
| 4-5 วัน | 9 | 36.00 | 11 | 44.00 | | |
| 6-8 วัน | 4 | 16.00 | 5 | 20.00 | | |
| Mean (SD) | 4.32 (1.70) | | 4.24 (1.56) | | | |

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างกันข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครุฑระหว่าง
กลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง เป็นความถี่ และร้อยละ-โดยใช้สถิติ Chi-square, $\alpha=.05$
(n = 50)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มควบคุม (n=25) | | กลุ่มทดลอง (n=25) | | χ^2 | P value |
|---|--------------------|--------|-------------------|--------|----------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| สถานภาพ | | | | | - | - |
| คู่ | 25 | 100.00 | 25 | 100.00 | | |
| ระดับการศึกษา | | | | | .33 | .56 |
| ต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับ มัธยมปลาย | 11 | 44.00 | 9 | 36.00 | | |
| สูงกว่าระดับมัธยมปลาย | 14 | 56.00 | 16 | 64.00 | | |
| การทำงานขณะตั้งครุฑ | | | | | 1.04 | .60 |
| ไม่ได้ทำงาน | 4 | 16.00 | 6 | 24.00 | | |
| ทำงาน แต่หยุดงานเมื่อตั้งครุฑ | 12 | 48.00 | 13 | 52.00 | | |
| ทำงาน แต่หยุดงานเพราะมีการ เจ็บครุฑก่อนกำหนด | 9 | 36.00 | 6 | 24.00 | | |
| อาชีพ | | | | | 0.62 | .73 |
| อาชีพอิสระ | 11 | 44.00 | 11 | 44.00 | | |
| อาชีพรับจ้าง | 10 | 40.00 | 8 | 32.00 | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 4 | 16.00 | 6 | 24.00 | | |
| รายได้ของครอบครัว | | | | | 2.27 | .52 |
| ต่ำกว่า 20,000 บาท | 3 | 12.00 | 7 | 28.00 | | |
| 20,001 - 25,000 บาท | 9 | 36.00 | 6 | 24.00 | | |
| 25,001 - 30,000 บาท | 8 | 32.00 | 7 | 28.00 | | |
| มากกว่า 30,000 บาท | 5 | 20.00 | 5 | 20.00 | | |

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มควบคุม (n=25) | | กลุ่มทดลอง (n=25) | | χ^2 | P value |
|----------------------|--------------------|--------|-------------------|--------|----------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| ความเพียงพอของรายได้ | | | | | 0.86 | .36 |
| เพียงพอ | 19 | 76.00 | 16 | 64.00 | | |
| ไม่เพียงพอ | 6 | 24.00 | 9 | 36.00 | | |
| ลักษณะที่อยู่อาศัย | | | | | 0.80 | .37 |
| บ้านชั้นเดียว | 18 | 72.00 | 15 | 60.00 | | |
| บ้าน 2 ชั้น | 7 | 28.00 | 10 | 40.00 | | |
| ความสัมพันธ์ใน | | | | | - | - |
| ดี | 19 | 76.00 | 19 | 76.00 | | |
| ปานกลาง | 6 | 24.00 | 6 | 24.00 | | |
| ลำดับการตั้งครรภ์ | | | | | 0.08 | .78 |
| ครรภ์แรก | 12 | 48.00 | 13 | 52.00 | | |
| ครรภ์หลัง | | | | | | |
| ครรภ์ที่ 2 | 10 | 40.00 | 7 | 28.00 | | |
| ครรภ์ที่ 3 | 3 | 12.00 | 5 | 20.00 | | |
| ประวัติการฝากครรภ์ | | | | | 0.10 | .75 |
| ไม่ครบตามเกณฑ์ | 7 | 28.00 | 6 | 24.00 | | |
| คุณภาพ | | | | | | |
| ครบตามเกณฑ์ | 18 | 72.00 | 19 | 76.00 | | |
| คุณภาพ | | | | | | |
| ภาวะแทรกซ้อนขณะ | | | | | - | - |
| ตั้งครรภ์ | | | | | | |
| ไม่มีภาวะแทรกซ้อน | 25 | 100.00 | 25 | 100.00 | | |

จากตารางที่ 2 และ 3 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุม มีอายุต่ำสุด 21 ปี และสูงสุด 34 ปี อายุเฉลี่ย 27.36 ปี (SD = 3.54) มีอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 44.00 มีอายุครรภ์ต่ำสุด 28 สัปดาห์ และสูงสุด 34 สัปดาห์ อายุครรภ์เฉลี่ย 31.32 (SD = 1.84) อายุครรภ์ระหว่าง 31-34 สัปดาห์ ร้อยละ 60.00 ระยะเวลาในการรักษาตัวที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 4.32 วัน (SD = 1.70) ระยะเวลารักษาตัวระหว่าง 2-3 วัน ร้อยละ 48.00 ทั้งหมดมีสถานภาพคู่ การศึกษาระดับสูงกว่ามัธยม ร้อยละ 56.00 ส่วนใหญ่ทำงาน แต่หยุดงานเมื่อตั้งครรภ์ ร้อยละ 48.00 ประกอบอาชีพอิสระ ร้อยละ 44.00 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.00 มีรายได้ของครอบครัว 20,001-25,000 บาท ร้อยละ 36.00 รองลงมา 25,001 - 30,000 บาท ร้อยละ 32.00 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 76.00 ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียว ร้อยละ 72.00 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ร้อยละ 76.00 ลำดับการตั้งครรภ์เป็น ครรภ์แรก ร้อยละ 48.00 รองลงมาคือ ครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 40.00 มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 76.00 ทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง มีอายุต่ำสุด 21 ปี และสูงสุด 34 ปี อายุเฉลี่ย 27.12 ปี (SD = 3.81) มีอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 48.00 มีอายุครรภ์ต่ำสุด 28 สัปดาห์ และสูงสุด 34 สัปดาห์ อายุครรภ์เฉลี่ย 31.80 (SD = 1.75) มีอายุครรภ์ระหว่าง 31-34 สัปดาห์ ร้อยละ 76.00 ระยะเวลาในการรักษาตัวที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 4.24 วัน (SD = 1.56) ระยะเวลารักษาตัวระหว่าง 4-5 วัน ร้อยละ 44.00 ทั้งหมดมีสถานภาพคู่ การศึกษาระดับสูงกว่ามัธยม ร้อยละ 64.00 ส่วนใหญ่ทำงาน แต่หยุดงานเมื่อตั้งครรภ์ ร้อยละ 52.00 ประกอบอาชีพอิสระ ร้อยละ 44.00 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.00 มีรายได้ของครอบครัว ต่ำกว่า 20,000 บาท และ 25,001-30,000 บาท จำนวนเท่ากัน ร้อยละ 28.00 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 64.00 ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียว ร้อยละ 60.00 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ร้อยละ 76.00 ลำดับการตั้งครรภ์เป็น ครรภ์แรก ร้อยละ 52.00 รองลงมาคือ ครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 28.00 มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 72.00 ทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติทีอิสระ พบว่า ไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างก่อน-หลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ ภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ และหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ 2 สัปดาห์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด ของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายด้าน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนรวมและคะแนนรายด้านของพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ ภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Pair t-test, $\alpha=.05$ (n=50)

| ตัวแปร | ค่าต่ำสุด สูงสุด ที่เป็น ไปได้ | ก่อนทดลอง (n=25) | | หลังทดลอง(n= 25) | | t | df | p-value |
|---------------------------|---|---------------------|------|---------------------|------|-------|----|---------|
| | | Mean | SD | Mean | SD | | | |
| | | กลุ่มควบคุม | | | | | | |
| พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม | 26-104 | 64.44 | 9.51 | 65.48 | 5.98 | .43 | 24 | .67 |
| ด้านการรับประทานอาหาร | 5-20 | 12.52 | 2.32 | 13.24 | 2.37 | 1.35 | 24 | .19 |
| ด้านการจัดการความเครียด | 5-20 | 12.08 | 2.29 | 12.28 | 1.97 | .32 | 24 | .76 |
| ด้านการพักผ่อน | 4-16 | 9.76 | 2.15 | 8.96 | 2.00 | 1.44 | 24 | .16 |
| ด้านการป้องกันการติดเชื้อ | 7-28 | 10.20 | 2.34 | 9.92 | 1.93 | .39 | 24 | .70 |
| ด้านการป้องกันสารพิษ | 5-20 | 12.16 | 2.56 | 13.32 | 2.76 | 1.53 | 24 | .14 |
| ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ | 3-12 | 7.72 | 2.13 | 7.76 | 1.48 | .07 | 24 | .95 |
| กลุ่มทดลอง | | | | | | | | |
| พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม | 26-104 | 63.40 | 4.90 | 84.88 | 3.08 | 18.42 | 24 | <.001 |
| ด้านการรับประทานอาหาร | 5-20 | 12.40 | 1.91 | 16.12 | 1.64 | 7.84 | 24 | <.001 |
| ด้านการจัดการความเครียด | 5-20 | 11.76 | 1.66 | 12.88 | 1.64 | 2.63 | 24 | .02 |
| ด้านการพักผ่อน | 4-16 | 9.64 | 1.87 | 13.00 | 1.87 | 6.21 | 24 | <.001 |
| ด้านการป้องกันการติดเชื้อ | 7-28 | 10.20 | 1.98 | 14.12 | 1.27 | 9.52 | 24 | <.001 |
| ด้านการป้องกันสารพิษ | 5-20 | 11.80 | 2.58 | 17.96 | 1.27 | 10.14 | 24 | <.001 |
| ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ | 3-12 | 7.60 | 1.70 | 10.80 | 1.08 | 7.22 | 24 | <.001 |

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนได้รับโปรแกรมฯ ระดับปานกลางคือ 64.44 คะแนน (SD = 9.51) และหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนระดับปานกลาง 65.48 คะแนน (SD = 5.98) เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Pair T-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{24} = .43, p = .67$)

ส่วนกลุ่มทดลอง มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ระดับดี 63.40 คะแนน (SD = 4.90) และหลังการได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนระดับก่อนมาทางดี 84.88 คะแนน (SD = 3.08) เมื่อเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Pair T-test พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{24} = 18.41, p < .001$)

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนได้รับโปรแกรมฯ รายด้านสูงกว่ากลุ่มทดลองทุกด้าน ยกเว้นในด้านการป้องกันการติดเชื้อคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน 10.20 คะแนน ส่วนหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Pair t-test ในกลุ่มควบคุม พบว่าพฤติกรรมสุขภาพทุกๆด้าน ไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนในกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่าง อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในทุกด้าน

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเพียงข้อเดียว นั่นคือด้านการพักผ่อน ข้อที่ 13 “ฉันนั่ง หรือยืนในท่าเดิมติดต่อกันเป็นเวลานาน” ($p < .001$) ส่วนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรายข้อเพิ่มขึ้นในทุกข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 10 ในภาคผนวก

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผู้วิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนการได้รับโปรแกรมฯและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Independent t-test ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ซึ่งพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยมีดังนี้

3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้สถิติ Independent t-test, $\alpha=.05$ (n = 50)

| ตัวแปร | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | t | df | p-value |
|-----------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|------------|--------------|------------|
| | (n=25) | | (n=25) | | | | |
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD | | | |
| พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม | 64.44 | 9.51 | 63.40 | 4.90 | .49 | 35.92 | .63 |
| ด้านการรับประทานอาหาร | 13.00 | 2.80 | 12.40 | 1.91 | .98 | 48 | .33 |
| ด้านการจัดการความเครียด | 12.08 | 2.29 | 11.76 | 1.66 | .57 | 48 | .58 |
| ด้านการพักผ่อน | 9.76 | 2.15 | 9.64 | 1.87 | .21 | 48 | .83 |
| ด้านการป้องกันการติดเชื้อ | 10.20 | 2.35 | 10.20 | 1.98 | .00 | 48 | 1.00 |
| ด้านการป้องกันสารพิษ | 12.16 | 2.56 | 11.80 | 2.58 | .50 | 48 | .62 |
| ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ | 7.72 | 2.13 | 7.60 | 1.70 | .22 | 48 | .83 |

จากตารางที่ 5 ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายด้านสูงกว่ากลุ่มทดลอง ยกเว้นในด้านการป้องกันการติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ 10.20 คะแนน แต่เมื่อเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งคะแนนโดยรวม และรายด้าน

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้สถิติ Independent t-test, $\alpha=.05$ (n = 50)

| ตัวแปร | กลุ่มควบคุม (n=25) | | กลุ่มทดลอง (n=25) | | t | df | p-value |
|---------------------------|-----------------------|-------|----------------------|-------|------|-------|---------|
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD | | | |
| | พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม | 65.48 | 5.98 | 84.88 | | | |
| ด้านการรับประทานอาหาร | 13.24 | 2.37 | 16.12 | 1.64 | 4.99 | 48 | <.001 |
| ด้านการจัดการความเครียด | 12.28 | 1.97 | 12.88 | 1.64 | 1.17 | 48 | .25 |
| ด้านการพักผ่อน | 8.96 | 2.00 | 13.00 | 1.87 | 7.36 | 48 | <.001 |
| ด้านการป้องกันการติดเชื้อ | 9.92 | 1.93 | 14.12 | 1.27 | 9.08 | 41.41 | <.001 |
| ด้านการป้องกันสารพิษ | 13.32 | 2.76 | 17.96 | 1.28 | 7.62 | 48 | <.001 |
| ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ | 7.76 | 1.48 | 10.80 | 1.08 | 8.29 | 48 | <.001 |

จากตารางที่ 6 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม เท่ากับ 65.48 คะแนน (SD = 5.98) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม เท่ากับ 84.88 คะแนน (SD = 3.09) เมื่อเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{35,91} = 14.40$, $p < .001$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ รายด้าน พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ แต่ละด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการพักผ่อน ด้านการป้องกันการติดเชื้อ และด้านการป้องกันสารพิษ ยกเว้นด้านการจัดการความเครียด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{48} = 1.17$, $p = .25$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ เป็นรายข้อ ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกข้อ ยกเว้น ข้อที่ 2 “ฉันรับประทานอาหารประเภทโปรตีนที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลา ออกไก่ หมู เนื้อแดง เป็นต้น” ($t_{48} = .91$, $p = .37$) ดังตารางในภาคผนวก

4. เปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Chi-square, $\alpha=.05$ (n = 50)

| การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ | กลุ่มควบคุม (n=25) | | กลุ่มทดลอง (n=25) | | χ^2 | p-value |
|------------------------------|--------------------|--------|-------------------|--------|----------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ | 14 | 56 | 8 | 32 | 2.92 | .09 |
| ไม่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ | 11 | 44 | 17 | 68 | | |

จากตารางที่ 7 พบว่า ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ภายหลังจากการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มควบคุมมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ 14 ราย (ร้อยละ 56.00) ส่วนกลุ่มทดลอง มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม คือ 8 ราย (ร้อยละ 32.00) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=2.92, p = .09$)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 โดยใช้สถิติ Chi-square, $\alpha=.05$ (n = 50)

| การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ | กลุ่มควบคุม (n=25) | | กลุ่มทดลอง (n=25) | | χ^2 | p-value |
|------------------------------|--------------------|--------|-------------------|--------|----------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| สัปดาห์ที่ 1 | | | | | 1.22 | .27 |
| เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด | 6 | 24.00 | 3 | 12.00 | | |
| ไม่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด | 19 | 76.00 | 22 | 88.00 | | |
| รวม | 25 | 100.00 | 25 | 100.00 | | |

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Chi-square, $\alpha=.05$ (n = 41)

| การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ | กลุ่มควบคุม (n=19) | | กลุ่มทดลอง (n=22) | | χ^2 | p-value |
|------------------------------|--------------------|--------|-------------------|--------|----------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| สัปดาห์ที่ 2 | | | | | 1.77 | .18 |
| เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด | 8 | 42.11 | 5 | 22.73 | | |
| ไม่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด | 11 | 57.89 | 17 | 77.27 | | |
| รวม | 19 | 100.00 | 22 | 100.00 | | |

เมื่อพิจารณาการเจ็บครรภ์ซ้ำในแต่ละสัปดาห์ ภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ภายหลังจากการได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มควบคุมมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ 6 ราย (ร้อยละ 24.00) ส่วนกลุ่มทดลอง มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำเพียง 3 ราย (ร้อยละ 12.00) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมถึง 1 เท่าตัว (ตารางที่ 7) และระยะเวลา 2 สัปดาห์ ภายหลังจากการได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มควบคุมมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำอีก 8 ราย (ร้อยละ 42.11) ส่วนกลุ่มทดลอง มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำเพิ่มอีก 5 ราย (ร้อยละ 22.73) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 8) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 7 และ 8)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบวัดก่อนและหลังทดลอง (Two groups pretest -posttest design) และวัดหลังการทดลองครั้งเดียว (Two groups posttest only design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นครั้งแรก ซึ่งได้รับการรักษาด้วยการยับยั้งการคลอดที่โรงพยาบาล และแพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ จำนวน 50 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาล และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ร่วมกับการดูแลตามปกติ

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุม มีอายุ 21-34 ปี อายุเฉลี่ย 27.36 ปี (SD =3.54) มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-34 สัปดาห์ อายุครรภ์เฉลี่ย 31.32 (SD =1.84) ระยะเวลาในการรักษาตัวที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 4.32 วัน (SD = 1.70) ทั้งหมดมีสถานภาพคู่ การศึกษาระดับ สูงกว่ามัธยมปลาย ร้อยละ 56.00 ส่วนใหญ่ทำงาน แต่หยุดงานเมื่อตั้งครรภ์ ร้อยละ 48.00 ประกอบอาชีพอิสระ ร้อยละ 44.00 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40 มีรายได้ของครอบครัว 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 68.00 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 76.00 ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียว ร้อยละ 72.00 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ร้อยละ 76.00 ลำดับการตั้งครรภ์เป็น ครรภ์แรก ร้อยละ 48.00 รองลงมาคือ ครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 40.00 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 76.00 ทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง มีอายุ 21-34 ปี อายุเฉลี่ย 27.12 ปี (SD =3.81) มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-34 สัปดาห์ อายุครรภ์เฉลี่ย 31.80 (SD =1.75) ระยะเวลาในการรักษาตัวที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 4.24 วัน (SD = 1.56) ทั้งหมดมีสถานภาพคู่ การศึกษาระดับ สูงกว่ามัธยมปลาย ร้อยละ 64.00 ส่วนใหญ่ทำงาน แต่หยุดงานเมื่อตั้งครรภ์ ร้อยละ 52.00 ประกอบอาชีพอิสระ ร้อยละ 44.00 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.00 มีรายได้ของครอบครัว 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 68.00 มีรายได้

เพียงพอ ร้อยละ 76.00 ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียว ร้อยละ 72.00 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ร้อยละ 76.00 ลำดับการตั้งครรภ์เป็น ครรภ์แรก ร้อยละ 52.00 รองลงมาคือ ครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 40.00 มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 76.00 ทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test และสถิติ Chi-square พบว่า ไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

2. พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมประมาณปานกลาง 64.44 คะแนน (SD = 9.51) และหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็น 65.48 คะแนน (SD = 5.98) แต่เมื่อเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Pair t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{24} = .43, p = .67$)

กลุ่มทดลอง ก่อนได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ประมาณปานกลาง 63.40 คะแนน (SD = 4.90) แต่หลังจากได้รับโปรแกรมฯ คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม เพิ่มขึ้นเป็นระดับก่อนไปทางดี 84.88 คะแนน (SD = 3.08) เมื่อเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{24} = 18.41, p < .001$)

3. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ประมาณปานกลาง คือ 64.44 คะแนน (SD = 9.51) และ 63.40 คะแนน (SD = 4.90) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย โดยใช้ Independent t-test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ไม่แตกต่างกัน ($t_{35,92} = .49, p = .63$)

3.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพประมาณปานกลาง คือ 65.48 คะแนน (SD = 5.98) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระดับก่อนไปทางดี คือ 84.88 คะแนน (SD = 3.09) เมื่อเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่ม

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{35,91} = 14.40$, $p < .001$)

4. เปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากได้รับโปรแกรม เสริมสร้างพลังอำนาจ

ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = 2.92$, $p = .09$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้อภิปรายผลตามลำดับดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

ก่อนการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง คือ 64.44 คะแนน (SD = 9.51) และ 63.40 คะแนน (SD = 4.90) ซึ่งสอดคล้องกันกับเมื่อพิจารณารายด้าน และรายข้อ พบว่า คะแนนพฤติกรรมรายข้อ ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยไม่ถึง 2.5 จากคะแนนเต็ม 4 (ตารางที่ 10 และ 11 ในภาคผนวก) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น โปรตีน ไขมันต่ำ ถั่ว ผลไม้หลากสีก่อนไปในทางต่ำ อาจทำให้ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ไม่เพียงพอ พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด การพักผ่อนนอนหลับ มีการเดินทางไกล นั่งหรือยืนติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความตึงเครียดที่มีผลทำให้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ และการมีเพศสัมพันธ์ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ โดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย มีการกลืนปัสสาวะ พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อเข้าสู่ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ และทางเดินปัสสาวะ ที่เป็นเหตุส่งเสริมการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงวันบวหรี่มือสอง ก็ต่ำเช่นกัน ซึ่งงานวิจัยยืนยันว่าวันบวหรี่มือสองทำให้ทารกในครรภ์ตัวเล็กและเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นการศึกษานี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางก่อนไปในทางต่ำ จึงมีความสอดคล้องกับข้อค้นพบทางทฤษฎีที่กล่าวว่า พฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (ทิพย์สุดา, 2554; ปีชนะนุช, 2555)

นอกจากนี้การดำเนินการในกลุ่มทดลอง ในขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมี
 วิจารณญาณ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สะท้อนสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 อาจจะเป็นเนื่องจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น ก่อนการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง
 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม 1) ด้านการรับประทานอาหาร “รับประทานอาหารสุกๆดิบๆ”
 “รับประทานอาหารหมักดอง” และ “รับประทานอาหารเคี้ยวเร็ว เช่น ฟาสต์ฟู้ด” 2) ด้านการจัดการ
 ความเครียด “ไม่ทราบวิธีการผ่อนคลายความเครียด” “เมื่อมีความเครียดเก็บไว้คนเดียว” และ “ไม่รู้
 จะปรึกษาใคร” 3) ด้านการพักผ่อน “นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ” 4) ด้านการป้องกันการติดเชื้อ
 “ทำความสะอาดอวัยวะเพศไม่ถูกวิธี” “การกลั้นปัสสาวะ” และ “การมีตกขาวขณะตั้งครรภ์ แต่
 ไม่ได้รักษา” 5) ด้านการป้องกันสารพิษ “พักอาศัยอยู่ในสวน” “คนรอบข้างสูบบุหรี่” และ “การ
 ประกอบอาชีพทำสวน ต้องสัมผัสสารเคมีที่ใช้บำรุงพืช” และ 6) ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ “ไม่
 ทราบอาการผิดปกติ” และ “ไม่ทราบวิธีประเมินการหดตัวของมดลูก” เป็นต้น ซึ่งการสะท้อนคิด
 ของกลุ่มทดลองนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ได้จากการตอบแบบประเมินของกลุ่มตัวอย่าง
 ทั้งหมด จึงกล่าวได้ว่า ผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับปาน
 กลางก่อนไปทางต่ำ จึงเป็นข้อมูลที่พบได้ในกลุ่มที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และมีความ
 จำเป็นที่จะต้องส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ซึ่งอาจจะป้องกันการคลอด
 ก่อนกำหนดซ้ำได้

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเจ็บ
 ครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t_{35,91} = 14.40, p < .001$) ซึ่ง
 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้ เป็นผลมาจากกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วย
 แอปพลิเคชันไลน์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รายละเอียดแต่ละขั้นตอน มีดังนี้

1) การค้นหาสถานการณ์จริง จากการสอบถามพบว่า สตรีตั้งครรภ์รู้สึกเครียด กังวล และ
 รับรู้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ แต่ยังไม่ทราบ
 สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และไม่รู้อะไรเกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 ซ้ำ เช่น กลุ่มทดลอง กล่าวว่า “กลับบ้านไปไม่รู้ว่าต้องระวังตัวเองอย่างไร” “มีโอกาสเจ็บครรภ์
 คลอดก่อนกำหนดซ้ำอีกไหม” “เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดจากอะไร” และ “เครียดมากกลัวจะ
 คลอดก่อนกำหนด” เป็นต้น จากการประเมินความเครียดครั้งที่ 1 นี้ พบว่า มีระดับความเครียดอยู่ใน
 ระดับมากที่สุดถึงเครียดปานกลาง โดยพบว่า เครียดจากความกลัวการคลอดก่อนกำหนด และเครียด
 เกี่ยวกับสุขภาพทารกในครรภ์ ผู้วิจัยจึงมีการพูดให้กำลังใจ เสริมความเชื่อมั่น ว่าหากมีการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ก็จะช่วยป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำได้ และให้เล่นเกมทดสอบความรู้เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีความรู้ในระดับน้อย ถึง ปานกลาง จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแผนการสอน โดยใช้เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ประกอบการสอน และสอนการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง ด้วยสื่อวีดิทัศน์ โดยเมื่อสอบถามและให้สาธิตย้อนกลับกลุ่มทดลองสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง และปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง กระบวนการนี้ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการค้นพบความจริง และยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเกิดการตอบสนองทางด้านสติปัญญา การรับรู้ และด้านพฤติกรรม นำไปสู่การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง (Gipson, 1995)

2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ สะท้อนคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา พบว่า สตรีตั้งครรภ์สะท้อนคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาของตน ซึ่งมักมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ยกตัวอย่างเช่นการรับประทานอาหาร โดยมักรับประทานอาหารที่ปรุงสำเร็จ โดยการสั่งซื้อเดลิเวอรี่ และการไปซื้อที่ตลาด ซึ่งมักเป็นอาหารที่มีไขมันสูง และปรุงรสจัด การมีภาวะเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ การกลืนปีศาจวะ ไม่ทราบอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล คนรอบข้างสูบบุหรี่ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ถูกต้องวิธีโดยเช็ดจากด้านหลังมาด้านหน้า และบางรายใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดจุดซ่อนเร้น เป็นต้น อีกทั้งพบปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้คือการที่มีที่อยู่อาศัยอยู่ในสวน ทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงสารพิษจากยาฆ่าแมลง และสารเคมีบำรุงพืชได้ หลังจากให้สะท้อนคิดสตรีตั้งครรภ์เกิดความตระหนัก และได้คิดวิธีแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของตน เพื่อนำไปสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง โดยผู้วิจัยช่วยเสนอแนะแนวทางการแก้ไขร่วมด้วย ยกตัวอย่างเช่นกลุ่มทดลอง กล่าวว่า “วันไหนที่มีการพ่นยาฆ่าแมลงจะปิดหน้าต่าง และไม่ออกไปนอกบ้าน” “จะปีศาจวะทุกครั้งเมื่อรู้สึกปวดปีศาจวะ” “จะให้สามีไปดูแลบุหรี่ห่างๆและให้ทำความสะอาดร่างกายก่อนเข้าใกล้ตน” “จะรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน” และ “จะทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์จากด้านหน้าไปด้านหลังด้วยน้ำสะอาดทุกครั้ง” เป็นต้น

3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ภายหลังจากที่สตรีตั้งครรภ์สะท้อนถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับตนนั้น ทำให้เกิดความเชื่อมั่น และตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของความรู้ ผู้วิจัยจึงได้มีการเสริมความรู้เรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ และแนะนำสื่อให้ความรู้ทางสุขภาพ ที่ใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร (Telehealth) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผู้วิจัยดาวน์โหลดไว้ในแอปพลิเคชันไลน์ ได้แก่ เกมทดสอบความรู้เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน

กำหนด เอกสารอิเล็กทรอนิกส์เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และวิถีทัศน์สอนการ
 ประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะกลับมาศึกษาหาความรู้
 ด้วยตนเองได้ตลอดเวลา โดยกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “จะกลับมาเปิดอ่านและดูวิดีโอทุกวัน” “ชอบที่
 สามารถเข้าไปอ่านได้ตลอดเวลา” และ“รู้สึกอุ่นใจที่จะสามารถปรึกษาพยาบาลได้ผ่านทางแอป
 พลิกชันไลน์” เป็นต้น และกิจกรรมการประเมินผลการตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติตนในการ
 ดูแลตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองวางแผนการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา
 (Learning the ropes) และบันทึกในแบบบันทึกการวางแผนการดูแลสุขภาพ (แบบบันทึก P1)
 เพื่อให้เกิดการคงพฤติกรรม(Learning to persist) ที่ และสร้างความมีส่วนร่วม (Establishing
 partnership) และเป้าหมายร่วมกัน เพื่อก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเมื่อกลับไปอยู่ที่
 บ้านได้ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้มีการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมทั้งหมด 6 ด้าน ได้อย่างถูกต้อง
 ยกตัวอย่างเช่น “ไม่รับประทานอาหารที่มีรสจัดและอาหารหมักดอง” “จะฟังเพลงเพื่อลด
 ความเครียด” “นอนหลับวันละ 6 ชั่วโมงขึ้นไป” “ไม่กลั่นปัสสาวะ” “ล้างผักและผลไม้ก่อน
 รับประทาน” และ “จะประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองทุกวัน” เป็นต้น โดยเป้าหมายก็คือ
 การดำเนินการตั้งครรภ์ไปจนครบกำหนดการคลอด หลังจากกิจกรรมวางแผนการดูแลสุขภาพนั้น
 ผู้วิจัยได้แจ้งว่าจะมีการดำเนินการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ตามแผนที่สตรีตั้งครรภ์ได้วางแผนไว้

4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จากการที่กลุ่มทดลองได้กำหนดแผนการ
 ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าปฏิบัติได้ ร่วมกับการที่ผู้วิจัยได้
 ติดตามความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสอบถามปัญหาอุปสรรคทางไลน์ หรือ
 ติดตามทางโทรศัพท์ โดยประเมินจากแบบบันทึกการดูแลตนเอง (แบบบันทึกP2) และแนะนำการ
 ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหากปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม โดยใน 1 สัปดาห์แรกหลัง จำหน่ายออกจาก
 โรงพยาบาล ติดตามสอบถามดูแลตนเอง 2 ครั้ง/สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติ
 พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้ง 6 ด้าน และส่วนน้อยพบปัญหาด้านการรับประทานอาหารเช้าที่แม้ว่า
 สตรีตั้งครรภ์จะทราบถึงโภชนาการที่เหมาะสมแล้ว แต่ยังมีอุปสรรค คือ “สะดวกการสั่งอาหารเดลิ
 เวย์รี่” ซึ่งมักจะสั่งช่วงมือกลางวัน เนื่องจากบางรายไม่มีผู้ดูแลอยู่ที่บ้าน จึงจำเป็นต้องรับประทาน
 อาหารที่ปรุงสำเร็จ และบางราย “รับประทานอาหารรสจัด” ผู้วิจัยจึงได้ร่วมกันกับสตรีตั้งครรภ์
 แก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยมีการแนะนำร้านอาหารเดลิเวย์รี่ที่เหมาะสม เช่น ร้านอาหาร
 คลีน และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด ในรายที่สามีสูบบุหรี่ได้มีการแนะนำ
 “ให้สามีสูบบุหรี่นอกร้าน และทำความสะอาดร่างกายก่อนเข้าใกล้” ส่วนในรายที่มีที่อยู่อาศัยอยู่ใน
 สวน กลุ่มตัวอย่างได้แก้ไขปัญหาด้วยการ “อาศัยอยู่แต่ในบ้านและปิดหน้าต่าง ในวันที่มีการพ่นยา
 ฆ่าแมลงหรือใส่สารบำรุงพืช” เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตาม

แผนที่ได้วางไว้ โดยขั้นตอนนี้ทำให้มีความสามารถในการจัดการปัญหา ควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้านได้อย่างเป็นพลวัต (Dynamic) และเกิดการคงพฤติกรรม และให้ทำแบบประเมินความเครียด ครั้งที่ 2 เมื่อครบ 1 สัปดาห์ พบว่ามีระดับความเครียดน้อยกว่าครั้งที่ 1 โดยมีความเครียดอยู่ระดับความเครียดปานกลาง ถึงน้อย และติดตามสอบถามการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และจากผลการวิจัยก็พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนน พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการประเมินความเครียดครั้งที่ 3 เมื่อครบ 2 สัปดาห์ พบว่า มีความเครียดอยู่ระดับความเครียดอยู่ระดับน้อยที่สุด รายละเอียดดัง ตารางที่ 9 ในภาคผนวก จึงเห็นได้ว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความเครียดน้อยกว่า

แนวความคิดเสริมสร้างพลังอำนาจได้นำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างชุดกิจกรรมการ พยาบาลหรือ โปรแกรมฯ เพื่อช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังการศึกษาในกลุ่มหญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม ผลการศึกษาพบว่าทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรม การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .001$) (ทิพสุดา น้อยแมน, 2554) เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด พบว่าสตรีตั้งครรภ์และสามีมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) (ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา และกาญจนา สมบัติศิรินันท์, 2559) และจากการศึกษาผลของ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้รับการสนับสนุนของ ครอบครัวและการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้เจตคติ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.14$) (มาลีวัล เลิศสาครศิริ และสาตี แซ่เบ๊, 2561) จากผลการวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยทำให้ สตรีตั้งครรภ์เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์ตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้าง พลังอำนาจ

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

ผลการเปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ระหว่าง กลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=2.92, p = .09$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจใน การวิจัยนี้ ไม่สามารถลดอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในระยะเวลา 2 สัปดาห์ภายหลัง ได้รับโปรแกรมฯ ได้ ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามมาตรฐานทางการรักษา ของโรงพยาบาลที่ทำกรวิจัยด้วยมาตรฐานทางการแพทย์เดียวกัน คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ < 34 สัปดาห์ และได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนหนดจะ ได้รับยา เพื่อยับยั้งการหดตัวของมดลูก ตัวอย่างกลุ่มยาที่ใช้มีดังนี้ 1) beta – adrenergic receptor

agonists ได้แก่ ยา terbutaline 2) calcium channel blockers ได้แก่ ยานifedipine และ 3) magnesium sulfate ได้แก่ ยา Magnesium sulfate ซึ่งชนิดของยา และระยะเวลาของการได้รับยาแตกต่างกันตาม ความรุนแรง และอาการของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับยากระตุ้นปอดทารกเป็นยา ตัวเดียวกันทุกราย ได้แก่ ยา Dexamethasone และภายหลังจากอาการดีขึ้น สามารถที่จะจัดการกับ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ จึงจะจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งโดยทั่วไป จะสามารถยี้ระยะเวลา ทางของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างน้อย 48 ชั่วโมง หรือ 2 วัน (Kiatsuda and et al. , 2016) จึงทำให้อัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณา หญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำพบว่า สตรีตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการรักษาที่ แตกต่างกันตามปัจจัยบุคคล อาทิ เช่นการได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูกต่างชนิดกัน การ ได้รับยับยั้งการหดตัวของมดลูกระยะเวลาที่แตกต่างกัน เป็นต้น โดยพบว่ากลุ่มทดลองรายที่มี เจ็บครรภ์ซ้ำ มักเป็นกลุ่มที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็น ระยะเวลายาวนานกว่า และใช้ยาที่ซับซ้อนหลากหลายชนิดมากกว่ากลุ่มควบคุม จากเหตุผลที่กล่าวมาจึง อาจเป็นผลทำให้อัตราการเจ็บครรภ์ซ้ำของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันได้

นอกจากนี้ถึงแม้ว่าผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นแต่ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้เพราะการคลอดก่อนกำหนด เป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดที่แน่ชัด โดยประมาณร้อยละ 25 มีสาเหตุมาจากมารดาและทารก และร้อยละ 75 เป็นการเจ็บครรภ์ก่อน กำหนดที่เกิดขึ้นเอง (วิลโลว์ และคณะ, 2559) การดูแลรักษา และการพยาบาล เพื่อป้องกันการ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ จึงไม่สามารถลดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำได้ โดยเฉพาะ ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ไม่มี ภาวะมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ที่เป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ จึงอาจเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุของการเจ็บครรภ์ได้อย่าง ชัดเจน การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงทำได้ยาก

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บครรภ์ซ้ำในสัปดาห์แรก หลังจำหน่าย พบว่า กลุ่มทดลองมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในสัปดาห์แรกน้อยกว่ากลุ่ม ควบคุม ซึ่งกลุ่มทดลองที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำนั้น เป็นกลุ่มที่มีโอกาสที่จะเจ็บครรภ์ ซ้ำมากกว่า นั่นคือ กลุ่มทดลองมีการเจ็บครรภ์ซ้ำในสัปดาห์แรก จำนวน 3 ราย (อายุครรภ์เฉลี่ย 32.33 สัปดาห์) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเจ็บครรภ์ซ้ำ จำนวน 6 ราย (อายุครรภ์เฉลี่ย 31.16 สัปดาห์) โดยกลุ่มทดลอง 3 รายนั้น เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลยาวนาน (ระยะเวลา เฉลี่ย 7.33 วัน) มากกว่า กลุ่มควบคุมที่รักษาตัวในโรงพยาบาลระยะเวลาสั้นกว่า (ระยะเวลาเฉลี่ย

3.83 วัน) แสดงว่า กลุ่มทดลองมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่รุนแรงกว่ากลุ่มควบคุม จึงทำให้มีโอกาสที่จะเกิดการเจ็บครรภ์ซ้ำได้มากกว่า และจากการข้อมูลของกลุ่มทดลองที่มีการเจ็บครรภ์ซ้ำ พบว่า รายที่ 1 มีที่อยู่อาศัยอยู่ในสวน รายที่ 2 ได้รับความรุนแรงมือสองจากคนในครอบครัว และ รายที่ 3 มีโภชนาการไม่เหมาะสมโดยมักรับประทานอาหารรสจัด ข้อมูลเหล่านี้สนับสนุนว่ากลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์ซ้ำในสัปดาห์แรกมากกว่ากลุ่มทดลอง จึงมีความเป็นไปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อาจจะช่วยลดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในสัปดาห์แรก หลังจำหน่าย แต่เมื่อทดสอบทางสถิติไม่พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยลดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นเพราะจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีขนาดเล็ก (25 คนต่อกลุ่ม) และเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross sectional study) เท่านั้น ดังนั้นอาจใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ในการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในทางคลินิก และเก็บข้อมูลแบบต่อเนื่องไปข้างหน้า เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมฯ ต่ออัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หาได้ยาก กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนค่อนข้างน้อย และเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง เนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดในการศึกษาทั้งในด้านเวลา และงบประมาณการศึกษา นอกจากนี้เป็นการศึกษาเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ เฉพาะที่โรงพยาบาล 1 แห่ง ดังนั้น การนำผลการศึกษาไปอ้างอิงสู่ประชากรจะมีข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อ พฤติกรรม สุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถเรียนรู้ขั้นตอนต่าง ๆ ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งนี้ และนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดย

ในโปรแกรมดังกล่าวมีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ มาประยุกต์ใช้ด้วย จึงสะดวกและง่ายต่อการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมการนำผลการวิจัยไปในการวางแผนการจัดบริการแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยควรมีการปรับรูปแบบของระบบบริการเดิมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วยการสอดแทรกการนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าว และมีช่องทางการติดต่อผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ อีกทั้งควรมีการขอความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ นักโภชนาการ นักจิตบำบัด เป็นต้น เพื่อให้สามารถดูแลสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

3. ด้านการศึกษา ผลการวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ต่อการศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ภาคทฤษฎีควรมีการจัดการเรียนการสอนการเสริมสร้างพลังอำนาจในทางสุติศาสตร์เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีมีความเข้าใจแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่วนภาคปฏิบัติควรจัดให้นักศึกษามีการปฏิบัติโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยมีการประเมินถึงปัญหา เพื่อให้ นักศึกษาสามารถที่จะวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ตลอดจนการนำครอบครัว สามี หรือญาตินามามีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ควรเป็นการวิจัยระยะยาว มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เป็นขนาดใหญ่ขึ้น

บรรณานุกรม

- กนกพร นทีชนสมบัติ. (2556). การติดเชื้ของทางเดินปัสสาวะในสตรีตั้งครรภ์. *วารสารม.ฉก.วิชาการ* ที่ 16, 32, 141-156.
- เครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวของเด็กและเยาวชนไทย ในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์พระวรชายาฯ. (2561). *กองทุนที่ป้ังกรนภั้ทรบุตรกองทุนเพื่อช่วยชีวิตทารกแรกเกิดก่อนกำหนด*. เข้าถึงได้จาก <http://www.tmchnetwork.com/fund.html>
- จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์. (2557). *ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์*. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี.
- จิราพร อุดมกิจพิพัฒน์, นุจรศ โสภา และรุจิรดา เสาจวุฒิพงศ์. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ในการดูแลตนเอง และทัศนคติในการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(1), 35-45.
- ฉวี เบาทรวง. (2555). *การพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน*. เชียงใหม่: ころงช่างพรินต์ติ้ง.
- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2560). ปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมในการคัดกรองการคลอดก่อนกำหนด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(1), 64-69.
- ชนนทร์ วนาภิรักษ์ และธีระ ทองสง. (2555). *การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด*. ใน: ธีระ ทองสง (บ.ก.), *สูติศาสตร์*. (หน้า 221-228). ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 5. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตติกานต์ ณ ปั่น. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลอม ก้อย อ.อมก้อย จ.เชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 10(2), 142-150.
- จิตติกานต์ ณ ปั่น, รุ่งดาวรรณ์ ซ้อยจ่อหอ, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, เอมพร รตินธร, และเอกชัย โคควาวา สารัช. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลอมก้อย อ.อมก้อย จ.เชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 10(2), 142-150.
- จิรวรรณ บัวแย้ม และคณะ. (2562). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 25(3), 243-254.
- ทิพสุดา น้อยแมน. (2554). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกำบังการคลอด ก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์ชั้นสูง), คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธีระ ทองสง. (2564). *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธีระพงษ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ, กระเมียร ปัญญาคำเลิศ. (2551). *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พรีนติ้ง เฮ้าส์.

นิตยา เจริญยุทธ, กชพงศ์ สารการ และหทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแหล่งพลังอำนาจ ความมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หญิง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 41-56.

เบญจวรรณ ละหุการ. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการสนับสนุนของสามีต่อ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์*, 7(11), 79-93.

บุษยรัตน์ ศิลปวิทยาทร. (2563). การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพในการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพที่ดี*, 38(2), 6-13.

ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และฉวีวรรณ โพธิ์ศรี. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 216-224.

ปิยะนุช เมฆฉาย. (2555). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวร่วมกับการสนับสนุนของสามีต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูงคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, สงขลา.

ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา และกาญจนา สมบัติศิรินันท์. (2559). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอด ก่อนกำหนดและสามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31, 67-82.

ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์. (2554). *สาเหตุและการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ในประสงค์ต้นมหาสมุทร, พฤษี จันทรประภาพ, อรรถพล ใจชื่น, ชันยรัตน์ วงศ์วานารักษ์ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บ.ก.), สูตินรีเวชทันยุค (OB-GYN in practice 2011) (หน้า 109-124). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.*

ปัญญา พันธุ์บูรณะ. (2553). *การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ในถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, จูติมา สุนทรศักดิ์ และ สมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ (บ.ก.), สูติศาสตร์ลูกเหิน (หน้า 91-130). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.*

- พรรณทิพา บัวคล้าย, ประทุมมา ฤทธิโพธิ์ และทศดา อินทร์แก้ว. (2562). ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดของผู้ต้องขัง หญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่มีเด็กติดผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิง. *วารสารการพยาบาลการ สาธารณสุขและการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา*, 20, 28-39.
- พัชรพร รัตนสงคราม. (2556). ประเด็นสำคัญในการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7), 677-685.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ และสาตี แซ่เบ๊. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่า และเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(3), 10-21.
- เยาวเรศ สมทรัพย์. (2558). *การผดุงครรภ์ เล่ม 2*. สงขลา: ซีพีโปรสเปค.
- วรัญญา เสริมไชยพัฒน์ และคณะ. (2561). *การใช้สื่อสังคมออนไลน์กับประสิทธิภาพการทำงาน ของพนักงาน ที่อาศัยอยู่ในตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาบริหารธุรกิจ, คณะเศรษฐศาสตร์และบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- วรพงศ์ ภู่งศ์. (2551). การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน *เขียน ต้นนิรันดร, และวรพงศ์ ภู่งศ์ (บ.ก.), เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์* (หน้า 42-60). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สายฝน ชวาลไพบูลย์. (2554). *การดูแลรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด*. ใน *ประสงศ์ตัน มหาสมุทร, พงษ์ หัส จันท์ประภาพ, อรรถพล ใจชื่น, ชันยรัตน์ วงศ์วานนุรักษ์ และตรีภพ เลิศบรรณพงศ์ (บ.ก.), สูตินรีเวชทันยุค (OB-GYN in practice 2011)* (หน้า 128-153). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- สายฝน ชวาลไพบูลย์ และกาญจนา พิมพ์. (2553). โรคแบคทีเรียลวาจิโนสิสในสตรีที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดคุกคาม เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด. *จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 93(12), 1351-1355.
- สายฝน ชวาลไพบูลย์. (2559). *การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สาเหตุและการป้องกันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ*. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tmchnetwork.com/node>

- สุพัตรา ปิ่นแก้ว, เอมพร รตินทร, เขวลักษณ์ เสรีเสถียร และวิบูลย์ เรืองชัยนิคม. (2557). ผลของโปรแกรม การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด. *วารสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22, 58-71.
- สุภาพร เลิศกวินอนันต์, กรรณิการ์ กันธะรักษา และฉวี เบาทรวง. (2559). การทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ การจัดการความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *พยาบาลสาร*, 43, 33-44.
- เชื่อน ดันนिरันดร. (2557). *เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ร่วมสมัยในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชัน.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรพงศ์ ภู่งศ์ และเชื่อน ดันนिरันดร. (2558). *เวชปฏิบัติทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วรพงศ์ ภู่งศ์. (2556). *เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ MATERNAL - FETAL MEDICINE*. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี.
- สายฝน ชวาลไพบูลย์. (2553). *คลอดก่อนกำหนด*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุ๋นใจ กอนันตกุล. (2562). การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันรักษา. *สูตินรีแพทย์ สัมพันธ์*, 28, 8-15.
- Agrawal, V., & Hirsch, E. (2012). Intrauterine infection and preterm labor. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 17(1), 12-19.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). *Management of preterm labor*. Washington: DC: ACOG.
- Aziz, A., Zork, N., & Aubey, J. J. (2020). Telehealth for high-risk pregnancies in the setting of the covid-19 pandemic. *Am J Perinatol*, 37(08), 800-808.
- Bastek, Gomez, & Elovitz, (2011). The Role of Inflammation and Infection in Preterm Birth. *Clinical Perinatology*, 38, 384-405.
- Bigelow, C., & Stone, J. (2011). Bed rest in pregnancy: Bedrest in pregnancy. *Mt Sinai J Med*, 78(2), 291-302.

- Bonzini, M., Coggon, D., & Palmer, K. T. (2007). Risk of prematurity, low birth weight, and preeclampsia in relation to working hours and physical activities: a systematic review. *Occup Environ Med*, *64*, 228-243.
- Brandon, D. H., Tully, K. P., & Silva, S. G. (2011). Emotional responses of mothers of late-preterm and term infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *40*(6), 719-731.
- Crowley, P. (2006). Prophylactic corticosteroids for preterm birth. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Gilstrap, L. C., & Wenstrom, K. D. (2014). *Williams Obstetrics* (24th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., et al. (2018). *Williams obstetrics* (25th ed.). New York : McGraw-Hill Education.
- de Witte, M., Spruit, A., van Hooren, S., Moonen, X., & Stams, G. J. (2020). Effects of music interventions on stress-related outcomes: a systematic review and two meta-analyses. *Health Psychology Review*, *14*(2), 294-324.
- Ding, X. X., Wu, Y. L., Xu, S. J., Zhu, R. P., Jua, X. M., Zhang, S. F., et al. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord*, *159*, 103–110.
- Erez, O., Weiss, E., Weisel, B., Meir, K., & Mazor, M. (2011). *Vaginal bleeding and preterm delivery. Bleeding during pregnancy: A comprehensive guide*. Retrieved from <http://link.springer.com.html>
- Facchinetti, F., Fazzio, M., & Venturini, P. (2005). Polyunsaturated fatty acids and risk of preterm delivery. *Eur Rev Med Pharmacol Sci. Jan-Feb*, *9*(1), 41-48.
- Ferguson, K. K., O'Neill, M. S., & Meeker, J. D. (2013). Environmental contaminant exposures and preterm birth: A comprehensive review. *J Toxicol Environ Health B Crit Rev*, *16*(2), 69-113.
- Fox, N. S., Gelber, S. E., Kalish, R. B., & Chasen, S. T. (2009). The recommendation for bed rest in the setting of arrested preterm labor and premature rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *200*(2), 165.e1-165.e6.

- Freda, M. C. (2003). Nursing's contribution to the literature on preterm labor and birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(5), 659-667.
- Gaucher, N., & Payot, A. (2011). From powerlessness to empowerment: Mothers expect more than information from the prenatal consultation for preterm labour. *Paediatrics & Child Health*, 16(10), 638-642.
- Gete, D. G., Waller, M., & Mishra, G. D. (2020). Prepregnancy dietary patterns and risk of preterm birth and low birth weight: findings from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 111(5), 1048-1058.
- Giannella, L., Giulini, S., Cerami, L. B., La Marca, A., Forabosco, A., & Volpe, A. (2011). Periodontal disease and nitric oxide levels in low risk women with preterm labor. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 158(1), 47-51.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advance Nursing*, 16, 354-361.
- Gibson, C. H. (1993). *A study of empowerment in mothers of chronically ill children*. Unpublished doctoral dissertation: Boston Collage, Boston.
- Gibson, C. H. (1995). The Process of Empowerment in Mothers of Chronically Ill Children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
- Giurgescu, C., Sanguanklin, N., & Engeland, C. G. (2015). Relationships among psychosocial factors, biomarkers, preeclampsia, and preterm birth in African American women: A pilot. *Applied Nursing Research*, 28(1), e1-e6.
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). *Epidemiology and causes of preterm birth*. *Lancet*, 371(5), Retrieved from www.thelancet.com.html
- Grieger, J. A., Grzeskowiak, L. E., & Clifton, V. L. (2014). Preconception dietary patterns in human pregnancies are associated with preterm delivery. *J. Nutr*, 144, 1075-1080.
- Hamilton, S. A., & Tower, C. L. (2013). Management of preterm labour. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 23(4), 114-120.
- Hamulka, J., Zielinska, M. A., & Chadzynska, K. (2018). The combined effects of alcohol and tobacco use during pregnancy on birth outcomes. *Rocz Panstw Zakl Hig*, 69(1), 45-54.

- Höglund, E., & Dykes, A. K. (2013). Living with uncertainty: A Swedish qualitative interview study of women at home on sick leave due to premature labour. *Midwifery*, 29(5), 468-473.
- Holzman, C., Senagore, P., Tian, Y., Bullen, B., DeVos, E., Leece, C., & Sapkal, A. (2009). Maternal catecholamine levels in midpregnancy and risk of preterm delivery. *American Journal of Epidemiology*, 170(8), 1014-1024.
- Jerath, R., & Barnes, V. A. (2009). *Augmentation of mind-body therapy and role of deep slow breathing*. Manuscript submitted for publication.
- Janice, M. B. (1991). A correlational study of disabilities, stressors and coping methods in victims of multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 23(4), 247-252.
- Kajeepeta, S., Sanchez, S. E., & Gelaye, B. (2014). Sleep duration, vital exhaustion, and odds of spontaneous preterm birth: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(1), 337.
- Kiatsuda, D., Thinkhamrop, J., & Prasertcharoensuk, W. (2016). Success rate in preterm uterine contraction inhibition with tocolytic agents in a tertiary care center. *Int J Womens Health*, 8, 663-667.
- Kolatat, T. (2016). *The effect of prematurity*. Retrieved from <http://www.tmchnetwork.com/node/164>
- Kovacevich, G. J., Gaich, S. A., & Lavin, J. P. (2000). The prevalence of thromboembolic events among women with extended bed rest prescribed as part of the treatment for premature labor or preterm premature rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(5), 1089-1092.
- Kramer, S. M., Lydon, J., Seguin, L., Goulet, L., Kahn, S. R., McNamara, H., & Platt, R. W. (2009). Stress pathway to spontaneous preterm birth: The role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *American Journal of Epidemiology*, 169, 1319-1326.
- Liang, X., Wang, Q., Yang, X., Cao, J., Chen, J., & Mo, X. (2011). Effect of mobile phone intervention for diabetes on glycaemic control: A meta-analysis. *Diabet Med*, 28(4), 455-63.
- Maloni, J. A. (2010). Antepartum Bed Rest for Pregnancy Complications: Efficacy and Safety for Preventing Preterm Birth. *Biological Research for Nursing*, 12(2), 106-124.

- Maloni, J. A. (2011). Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6(4), 385-393.
- Mandy, G. (2009). *Long-term complications of preterm infant*. UpToDate version 17.1. Retrieved from <http://www.uptodate.com.html>
- May, K.A. (2001). Impact of prescribed activity restriction during pregnancy on women and families. *Health Care for Women International*, 22(1-2), 29-47.
- Mazaki-Tovi S, Romero R, Kusanovic JP, et al. (2007). Recurrent preterm birth. *Seminars in Perinatology*, 31(3), 142-158.
- Mcintyre, S. H., Newburn-Cook, C. V., O'Brien, B., & Demianczuk, N. N. (2009). Effect of older maternal age on the risk of spontaneous preterm labor: a population-based study. *Health Care for Women International*, 30(8), 670-689.
- Mitchell, A. M., Crane, P. A., & Kim, Y. (2008). Perceived stress in survivors of suicide: Psychometric properties of the Perceived Stress Scale. *Res Nurs Health*, 31, 576-585.
- Morrison, J., Bergauer, N. K., Jacques, D., Coleman, S. K., & Stanziano, G. J. (2001). Telemedicine: cost- effective management of high-risk pregnancy. Managed care (Langhorne, Pa.), 10(11), 42-6, 48-9.
- Murad, M., Arbab, M., Khan, M. B., Abdullah, S., Ali, M., Tareen, S., & Khan, M. W. (2017). Study of factors affecting and causing preterm birth. *Journal of Entomology and Zoology Studies*, 5(2), 406-409.
www.entomoljournal.com/archives/2017/vol5issue2/.../5-1-119-360.pdf
- Naqvi, M. M., & Naseem, A. (2010). Maternal and fetal risks associated with teenage and adult pregnancy. *Journal of Rawalpindi Medical College (JRMC)*, 14(1), 40-42.
- Nathalie, G., & Antoine, P. (2011). From powerlessness to empowerment: Mothers expect more than information from the prenatal consultation for preterm labour. *Paediatrics & Child Health*, 16(10), 638-642.
- O'Leary, C., Nassar, N., Kurinczuk, J., & Bower, C. (2019). The effect of maternal alcohol consumption on fetal growth and preterm birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(3), 390-400.

- Pararas, M. V., Skevaki, C. L., & Kafetzis, D. A. (2006). Preterm birth due to maternal infection: causative pathogens and modes of prevention. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 25(9), 562-569.
- Payne, R. A., & Donaghy, M. (2010). *Relaxation techniques: A practical handbook for the health care professional*. Churchill: Elsevier Health Sciences.
- Peek, C. J. (2003). A primer of biofeedback instrumentation. In M. S., Schwartz & And rasik (Eds.), *Biofeedback: A Practitioner's Guide* (pp. 61-67). New York: The Guilford Press.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Roberts, D., & Dalziel, S. R. (2006). Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. In: The Cochrane Collaboration, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons.
- Romero, R., Espinoza, J., Kusanovic, J. P., Gotsch, F., Hassan, S., Erez, O., & Mazor, M. (2006). The preterm parturition syndrome. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(3), 17-42.
- Romero, R., Kusanovic, J. P., Chaiworapongsa T, Hassan SS. (2011). Placental bed disorders in preterm labor, preterm PROM, spontaneous abortion and abruptio placentae. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 25(3), 313-327.
- Ross, G. (2021). *Preterm labor*. <https://emedicine.medscape.com/article/260998-overview#a3> เข้าถึงเมื่อ 10/03/2023
- Rubarth, L. B. et al. (2012). Women's experience of hospitalized bed rest during high - risk pregnancy. *Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing*, 41(3), 398-407.
- Sandhya, K., Sixto, E., Bizu, G., Chunfang, Q., Yasmin, V., Daniel, A., & Michelle, A. (2014). *Sleep duration, vital exhaustion, and odds of spontaneous preterm birth: A case-control study*. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25261975/>
- Shili, M. et al. (2007). Recurrent Preterm Birth. *Seminars in Perinatology*, 31(3), 142-158.
- Scanlon, K. S., Yip, R., Schieve, L. A., & Cogswell, M. E. (2000). High and low hemoglobin levels during pregnancy: Differential risks for preterm birth and small for gestation age. *Journal of Obstetric Gynecology*, 96(5), 741-748.

- Schleussner, E. (2013). The prevention, diagnosis and treatment of premature labor. *Department of Obstetrics and Gynaecology, Jena University Hospital, 110(13)*, 227-236.
- Sciscione, A. C. (2010). Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202(3)*, 1-5.
- Suntayakorn, C., & Rojjanasrirat, W. (2013). Effects of an empowerment program on health behaviors and stroke risk reduction of at-risk group in Thai rural community. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet, 96(9)*, 1229-1238.
- Theeranut, A., Methakanjanasak, N., Ruaisungnoen, W., Saansom, D., Surit, P., & Sawanyawisuth, K. J. (2017). The Effects of an Individual Empowerment Program on Behavioral Outcomes in In-Hospital Adult Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Med Assoc Thai, 100(8)*, 227.
- Thojampa, S., Daengthern, L., & Kumpeera, K. (2020). The effects of an empowerment program to have a good quality of life and long life for elderly people in Phrae Province, Thailand. *International Journal of Africa Nursing Sciences, 12*, 100-201.
- Varvogli, L., & Darviri, C. (2011). Stress management techniques: Evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal, 5(2)*, 74-89.
- Wallace, J. M., Horgan, G. W., & Bhattacharya, S. (2012). Placental weight and efficiency in relation to maternal body mass index and the risk of pregnancy complications in women delivering singleton babies. *Placenta, 33(8)*, 611-618.
- World Health Organization. (2019). *World Prematurity Day 2012*. Retrieved from http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121117_world_prematurity_day/en/index1.html. 2019



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

| | |
|---|--|
| แพทย์หญิงฉนิษานันท์ สุขวาริ | สูติแพทย์ |
| รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ | อาจารย์สาขาการพยาบาลมารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ชีระรังสิกุล | อาจารย์สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| ดร.จุฑารัตน์ เกิดเจริญ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร |
| ดร.สุมลลา พรหมมา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางปะกง |



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรม สุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็นดังนี้

1.1 แบบสอบถาม แบบตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แบบสอบถาม

เลขที่.....

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย (/) ในช่องว่างและหรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลท่าน

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ..... ปี

2. สถานภาพ () 1 คู่ () 2 หย่าร้าง

() 3 โสด () 4 หม้าย

3. ระดับการศึกษา () 1 ไม่ได้รับการศึกษา () 2 ประถมศึกษา

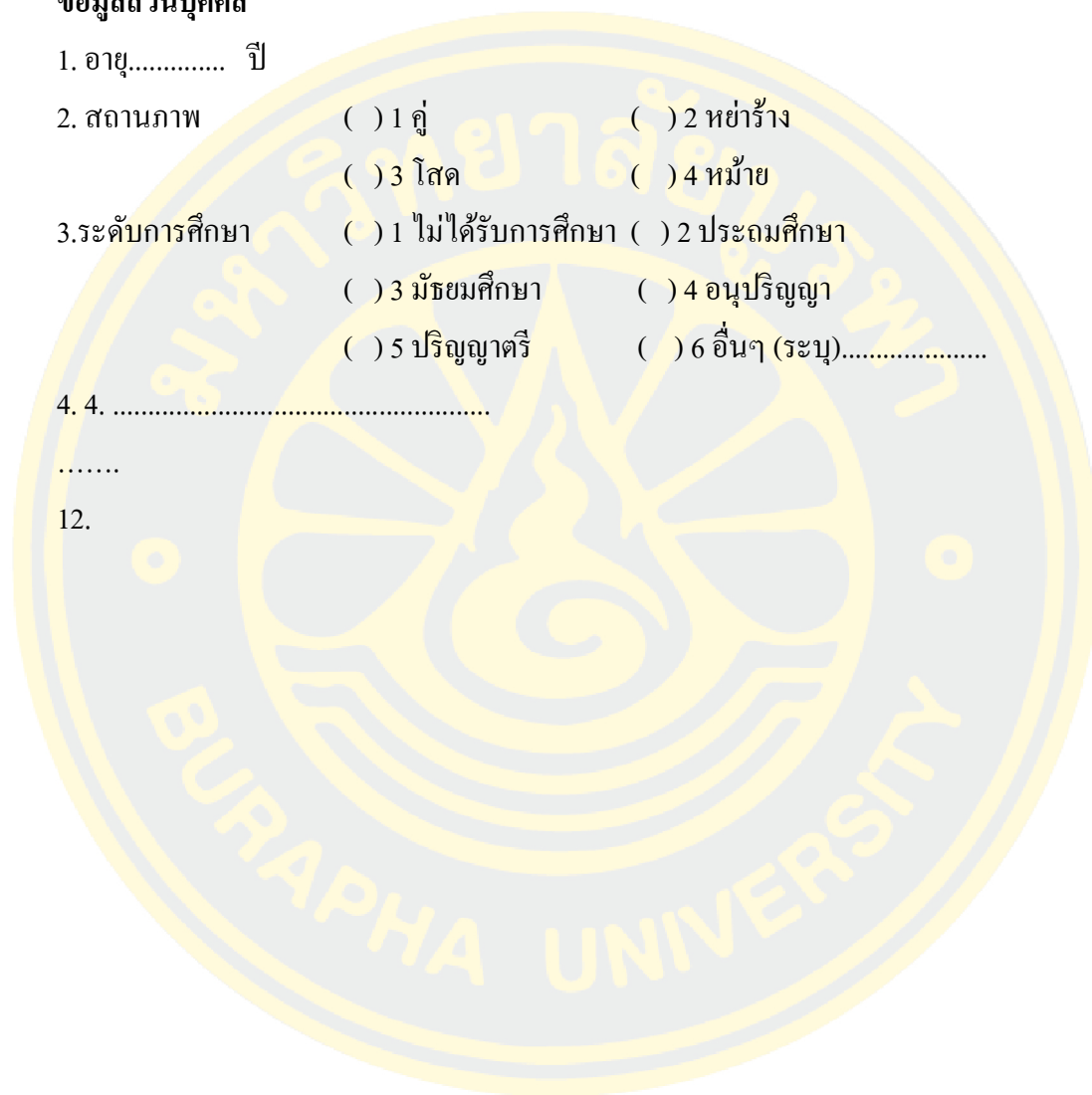
() 3 มัธยมศึกษา () 4 อนุปริญญา

() 5 ปริญญาตรี () 6 อื่นๆ (ระบุ).....

4. 4.

.....

12.



พฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ในช่องว่างและหรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลท่าน

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมนั้นๆ ประมาณ 5-7 วัน ใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมนั้นๆ ประมาณ 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมนั้นๆ ประมาณ 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยมีพฤติกรรม นั้นๆเลย

| ข้อ | ข้อความ | ปฏิบัติ เป็นประจำ (4) | ปฏิบัติบ่อย (3) | ปฏิบัติ นานๆครั้ง (2) | ไม่เคย ปฏิบัติ (1) |
|-----|--|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1 | ฉันรับประทานผัก และผลไม้สดหลากหลายชนิด | | | | |
| 2 | ฉันรับประทานอาหารประเภทโปรตีนที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลา ออกไก่ หมูเนื้อแดง เป็นต้น | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 26 | เมื่อฉันรู้สึกเจ็บท้องและท้องแข็งถี่ ฉันจะนอนพัก | | | | |

8.ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์/ปัญหาอื่นๆในระหว่างการตั้งครรภ์

() ไม่มี () มี(ระบุ).....

ส่วนที่ 2 การบันทึกระหว่างดำเนินการทดลอง

ครั้งที่ (วันที่.....)

1.ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์/ปัญหาอื่นๆในระหว่างการตั้งครรภ์

() ไม่มี () มี(ระบุ).....

2.อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

() ไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด () มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อ GA=.....

สัปดาห์

3.ระดับความเครียด =คะแนน

4.พฤติกรรมดูแลตนเอง และอุปสรรค

| พฤติกรรมดูแลตนเอง | การปฏิบัติ | ปัญหาและอุปสรรค | คำแนะนำ |
|-----------------------|------------|-----------------|---------|
| การรับประทานอาหาร | | | |
| การจัดการความเครียด | | | |
| การพักผ่อน | | | |
| การป้องกันการติดเชื้อ | | | |
| การป้องกันอันตราย | | | |
| การสังเกตอาการผิดปกติ | | | |

แบบบันทึกการวางแผนดูแลตนเอง (P1)

| พฤติกรรมสุขภาพ | การวางแผน |
|--|-----------|
| การนอนหลับพักผ่อน | |
| การทำงาน | |
| การดูแลความสะอาด ร่างกายและอวัยวะ สืบพันธุ์ | |
| การมีเพศสัมพันธ์ | |
| การหลีกเลี่ยงการได้รับ สารเคมี/สารพิษ/ ควัน บุหรี่ | |
| การผ่อนคลาย/ลด ความเครียด | |

แบบบันทึกการดูแลตนเอง สำหรับกลุ่มทดลอง ระหว่างการดำเนินการวิจัย (P2)

รายวัน วันที่.....

1.อาการที่นำมาสู่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

| อาการแสดงถึงการเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด | รายละเอียดของอาการแสดงถึง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด | การดูแลตนเองเบื้องต้น |
|--|--|-----------------------|
| ท้องแข็ง () ไม่มี () มี จำนวน.....ครั้ง | | |
| มีมูก หรือมูกเลือด | | |
| มีน้ำเดิน | | |
| ปวดถ่วงท้องส่วนล่าง หรือช่อง คลอด () ไม่มี () มี จำนวน.....ครั้ง | | |

2.การบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวัน (ระบุอาหาร และน้ำ ที่รับประทานในแต่ละมื้อ)

| มื้อเช้า | มื้อกลางวัน | มื้อเย็น |
|----------|-------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

แบบบันทึกการดูแลตนเอง สำหรับกลุ่มทดลอง ระหว่างการดำเนินการวิจัย (P2)

รายสัปดาห์ (บันทึกสัปดาห์ละ 2 ครั้ง) สัปดาห์ที่ระหว่างวันที่.....ถึง.....

1.การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ รายสัปดาห์

| พฤติกรรมสุขภาพ | การปฏิบัติตัวโดยภาพรวม | ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติตัว |
|--|------------------------|------------------------------|
| การนอนหลับพักผ่อน | | |
| การทำงาน | | |
| การดูแลความสะอาด ร่างกายและอวัยวะ สืบพันธุ์ | | |
| การมีเพศสัมพันธ์ | | |
| การหลีกเลี่ยงการได้รับ สารเคมี/สารพิษ/ ควัน บุหรี่ | | |
| การผ่อนคลาย/ลด ความเครียด | | |



แผนการสอนสุขศึกษา (Health Teaching Plan)

เรื่อง

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดกำหนด

โดย

เมธาวี พรตเจริญ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดกำหนด

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดกำหนด เป็นชุดของกิจกรรมการพยาบาลที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ดังรายละเอียดในแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป้าหมาย สตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน

ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม เดือน กันยายน-ธันวาคม 2565

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม

1.

เนื้อหาของวิดีโอ “ประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง”

<https://www.youtube.com/watch?v=cAX8H7iaiH4>



(ลิงก์และ QR code เพื่อนำไปสู่วิดีโอ)

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์
“คู่มือความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด”

<https://anyflip.com/ijepr/qfje/?fbclid=IwAR0g1Xwcfk9G87v0620A9xDexGX0MblM9P1AZNvrSZulN4taXdpBskDcrM>



(ลิงก์ และ QR-code เพื่อนำไปสู่เอกสารอิเล็กทรอนิกส์)



ภาคผนวก ค

ใบพิทักษ์สิทธิและเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้ร่วมวิจัย

**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)**

รหัสโครงการวิจัย : G-HS019/2565

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวเมธาวี พรตเจริญ ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้เข้าร่วมวิจัย คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาด้วยการยับยั้งการคลอดที่โรงพยาบาลเป็นครั้งแรก และมีแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เช่น การตกเลือดก่อนคลอด รกเกาะต่ำ เป็นต้นไม่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต ไทรอยด์ และหัวใจ เป็นต้น ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถรับสัญญาณ Internet ได้ และมีความสามารถในการใช้ แอปพลิเคชันไลน์ได้

ระหว่างดำเนินการวิจัย หากท่านมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เช่น ความดันโลหิตสูง มีเลือดออกทางช่องคลอด หรือมีอาการเจ็บครรภ์ เป็นต้น ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยทันที โดยผู้วิจัยจะให้แนะนำวิธีการปฏิบัติตนเบื้องต้น และประสานงานกับทางโรงพยาบาลเพื่อให้อาสาสมัครได้พบแพทย์ และรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การดำเนินโปรแกรมจะปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการ ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 (กรมการแพทย์, 2563) ดังนี้ ผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่าง สวมหน้ากากอนามัย (Surgical mask) ตลอดเวลาที่มีการเข้ากลุ่ม และเมื่อมีการสัมผัสร่างกายหรืออุปกรณ์ จะล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ มีการตรวจวัดอุณหภูมิ หากมีประวัติมีไข้ หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียส ขึ้นไป ร่วมกับการซักประวัติอาการทางระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น หายใจเร็วหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบาก หรือมีประวัติเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยง หรือสัมผัสกลุ่มเสี่ยง หากพบรายงานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อส่งไปยัง คลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจต่อไป และจัดสถานที่ในการดำเนินโปรแกรม โดยให้เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร และกำหนดกลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 5 คนต่อครั้ง

เมื่อท่านยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบ 23 คน ก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยก่อนการดำเนินการวิจัย ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้านตามมาตรฐานการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วย

กลุ่มควบคุม จะพบผู้วิจัยทั้งหมด 2 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 30 นาที ดังนี้ ครั้งที่ 1 (1 วัน ก่อนได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 10 นาที ให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมการศึกษาตนเอง (Pre-test) และครั้งที่ 2 (2 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) พบที่โรงพยาบาล ใช้เวลา 20 นาที ประเมินการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ (Post-test) หลังจากนั้นแนะนำการใช้แนวทางการสร้างเสริมพลังอำนาจเช่นเดียวกับที่ปฏิบัติกับกลุ่มทดลอง

ส่วนกลุ่มทดลอง จะพบผู้วิจัยรวมทั้งหมด 2 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 60 นาที ดังนี้ ครั้งที่ 1 (1 วัน ก่อนได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 40 นาที ให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมการศึกษาตนเอง (Pre-test) ประเมินความเครียดครั้งที่ 1 จากนั้นจะได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีการติดตาม 1 สัปดาห์ทางแอปพลิเคชันไลน์ (2 ครั้ง/สัปดาห์) โดยทำแบบประเมินความเครียดครั้งที่ 2 และพบกลุ่มทดลองครั้งที่ 2 (2 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ที่โรงพยาบาล ใช้เวลา 20 นาที ให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมการศึกษาตนเอง (Post-test) ทำแบบประเมินความเครียดครั้งที่ 3 และประเมินผลลัพธ์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือไม่

ประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการวิจัยครั้งนี้ 1.ประโยชน์ทางตรงได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความมั่นใจมากขึ้น และลดความกังวลในการดูแลตนเอง สามารถปรับพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และลดการตั้งครรภ์ 2.ประโยชน์ทางอ้อม เพื่อพัฒนาการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล ที่จะช่วยลดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำได้

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารภายใน 1 ปี หลังจากทำการเผยแพร่งานวิจัย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวเมธาวี พรตเจริญ หมายเลขโทรศัพท์ 081-1570652 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 089-6780615

เมธาวี พรตเจริญ
ผู้วิจัย

“หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th”



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับกลุ่มทดลอง (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS019/2565

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)
โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ
ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึง
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัย
รับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจน
ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป
ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดง
ความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอม
ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พิมพ์ลายลงลายมือชื่อ
รับรองด้วย



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับกลุ่มควบคุม (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS019/2565

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)
โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ
ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึง
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัย
รับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจน
ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป
ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดง
ความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอม
ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พิมพ์ลายลงลายมือชื่อ
รับรองด้วย





ภาคผนวก ง
ดัชนีความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม

ดัชนีความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน)

เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ตารางที่: แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

| ลำดับข้อ | ผศ.ดร. นฤมล ธีระรังสิกุล | รศ.ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ | พญ. ณิชานันท์ สุขวาริ | ดร. จุฑารัตน์ เกิดเจริญ | ดร.สุมลา พรหมนา | ความเห็น ที่ตรงกัน | ค่า I-CVI |
|----------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------|-----------|
| 1 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 6 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 7 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 8 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 9 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 10 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 1 |
| 11 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 1 |
| 12 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 0.8 |
| 13 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 14 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 1 |
| 15 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 16 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 17 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 18 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 19 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 20 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 0.8 |
| 21 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 1 |
| 22 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 0.8 |
| 23 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |

| ลำดับข้อ | ผศ.ดร. นฤมล ธีระรังสิกุล | รศ.ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ | พญ. ณิชานันท์ สุขวาริ | ดร. จุฑารัตน์ เกิดเจริญ | ดร.สุมลา พรหมนา | ความเห็น ที่ตรงกัน | ค่า I-CVI |
|----------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 24 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 5 | 1 |
| 25 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 0.8 |
| 26 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 27 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 28 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 1 |
| 29 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 30 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 0.8 |
| 31 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 32 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 33 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 34 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| 35 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 |
| | | | | | | | ค่าเฉลี่ย I-CVI =0.97 |

สัดส่วนของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน

| ผศ.ดร. นฤมล ธีระรังสิกุล | รศ.ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ | พญ.ณิ ชานันท์ สุขวาริ | ดร. จุฑารัตน์ เกิดเจริญ | ดร.สุมลา พรหมนา |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|
| 0.97 | 0.88 | 1 | 1 | 1 |

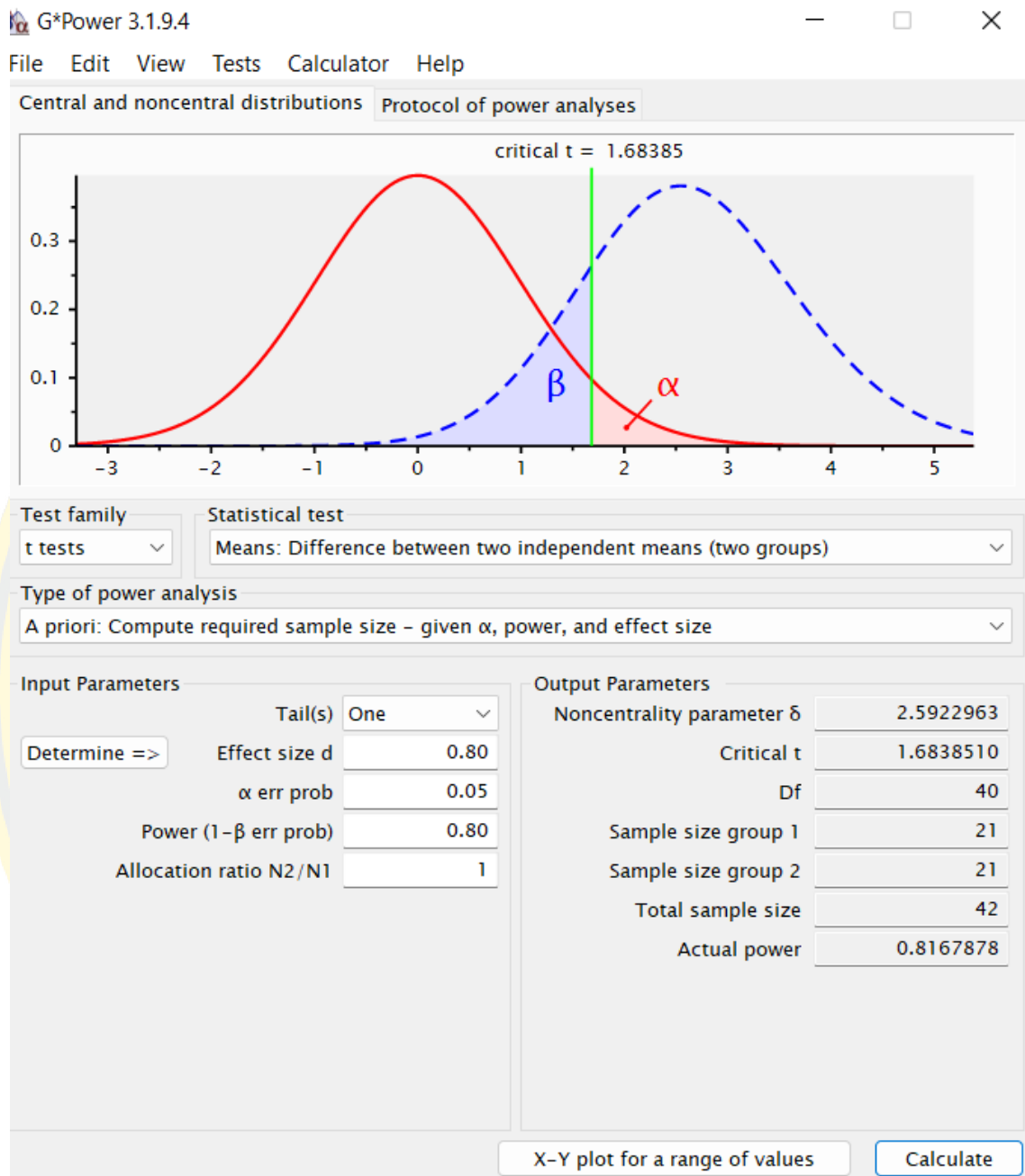
$$\text{คำนวณ } 0.97+0.88+1+1+1 = 4.85/5 = 0.97$$

ดังนั้น ดัชนีความเที่ยงตรงของประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน

กำหนด = 0.97



ภาคผนวก จ
การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง





ภาคผนวก ฉ

สำเนาแบบรายงานผลพิจารณาจริยธรรมวิจัย

สำเนา

ที่ IRB3-046/2565



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS019/2565

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวเมธาวิ พรตเจริญ

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 27 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 21 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 27 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 20 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 21 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)
- 6.1 โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดกำหนด ฉบับที่ 1 วันที่ 21 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565
- 6.2 ประกาศประชาสัมพันธ์เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 21 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565

วันที่รับรอง : วันที่ 6 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565

วันที่หมดอายุ : วันที่ 6 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566

ลงนาม นางสาวมรร แยมประทุม

(นางสาวมรร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)







ภาคผนวก ข
ตารางวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียดกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ โดยใช้สถิติ Repeated ANOVA (n = 25)

| ความเครียด | n | \bar{x} | SD | F |
|------------|----|-----------|------|----------|
| ครั้งที่ 1 | 25 | 7.20 | 2.48 | 39.91*** |
| ครั้งที่ 2 | 25 | 2.84 | 2.76 | |
| ครั้งที่ 3 | 25 | 1.60 | 1.99 | |

*** $p < 0.001$

การทดสอบค่าเฉลี่ยระดับความเครียดในกลุ่มทดลอง โดยมีการวัดระดับความเครียด 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 วัดก่อนได้รับ โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 7.20 คะแนน (SD=7.20) ครั้งที่ 2 วัดหลังได้รับ โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ 1 สัปดาห์ พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 2.84 คะแนน (SD=2.84) และครั้งที่ 3 วัดหลังได้รับ โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ 2 สัปดาห์ พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 1.60 คะแนน (SD=1.99) จากการทดลองโดยใช้สถิติ Repeated ANOVA พบว่ามีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความเครียดทั้ง 3 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$)

โดยค่าเฉลี่ยความเครียดครั้งที่ 1 อยู่ระดับความเครียดมากที่สุด ถึงเครียดปานกลาง ค่าเฉลี่ยความเครียดครั้งที่ 2 มีระดับความเครียดน้อยกว่าครั้งที่ 1 อยู่ระดับความเครียดปานกลางถึงน้อย และค่าเฉลี่ยความเครียดครั้งที่ 3 มีระดับความเครียดน้อยกว่าครั้งที่ 2 อยู่ระดับน้อย โดยระดับความเครียดครั้งที่ 3 มีคะแนนค่าเฉลี่ยความเครียดน้อยที่สุด

ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง รายข้อ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Pair T-Test (n = 25)

| พฤติกรรมดูแลตนเอง | ก่อน | | หลัง | | p-value |
|---|-----------|------|-----------|------|---------|
| | ทดลอง | | ทดลอง | | |
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD | |
| ด้านการรับประทานอาหาร | | | | | |
| 1. ฉันรับประทานอาหาร และผลไม้สดหลากหลายชนิด | 2.72 | .94 | 2.68 | 1.03 | .87 |
| 2. ฉันรับประทานอาหารประเภทโปรตีนที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลา ออกไก่ หมูเนื้อแดง เป็นต้น | 2.40 | .91 | 2.60 | .96 | .49 |
| 3. ฉันหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทพืชตระกูลถั่วและธัญพืชต่างๆ เช่น ถั่วแดง ถั่วเหลืองเมล็ดงา ข้าวกล้อง เป็นต้น | 2.12 | .93 | 2.60 | .91 | .07 |
| 4. ฉันรับประทานอาหารรสจัด เช่น ส้มตำ ยำ แกงเผ็ด เป็นต้น | 2.52 | 1.08 | 2.64 | .95 | .65 |
| 5. ฉันรับประทานอาหารของหมักดอง เช่น ผักกาดดอง ปลาสาม ปลาแร่ เป็นต้น | 2.76 | .97 | 2.72 | .94 | .88 |
| ด้านการจัดการความเครียด | | | | | |
| 6. เมื่อรู้สึกเครียด ฉันไม่รู้ว่าจะผ่อนคลายอย่างไร | 2.72 | .84 | 2.40 | 1.00 | .24 |
| 7. เมื่อฉันไม่สบายใจ ฉันหาวิธีผ่อนคลายได้ | 2.60 | .96 | 2.24 | .83 | .19 |
| 8. ฉันอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบและอากาศบริสุทธิ์ | 2.32 | .90 | 2.48 | .92 | .56 |
| 9. ฉันทำจิตใจให้สงบและผ่อนคลาย | 2.32 | .91 | 2.44 | .87 | .38 |
| 10. เมื่อฉันรู้สึกเครียด จะเก็บไว้ในใจคนเดียว | 2.20 | .93 | 2.72 | .98 | .14 |
| ด้านการพักผ่อน | | | | | |
| 11. ฉันนอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมง | 2.24 | 1.00 | 2.16 | .90 | .38 |
| 12. ฉันหลีกเลี่ยงการยกของหนัก หรือทำกิจกรรมที่ต้องเกร็งหน้าท้อง | 2.40 | .78 | 2.64 | .91 | .06 |
| 13. ฉันนั่ง หรือยืน ในท่าเดิมติดต่อกันเป็นเวลานาน | 2.24 | .91 | 2.04 | .93 | <.001 |

| พฤติกรรมดูแลตนเอง | ก่อน | | หลัง | | p- value |
|--|-----------|------|-----------|------|-------------|
| | ทดลอง | | ทดลอง | | |
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD | |
| 14. ฉันหลีกเลี่ยงการเดินทางไกล ด้านการป้องกันการติดเชื้อ | 2.80 | 1.03 | 2.12 | .97 | .52 |
| 15. ฉันไม่กลืนปัสสาวะ และขับถ่ายปัสสาวะทุกครั้งที่ปวด | 2.32 | 1.01 | 2.40 | 1.04 | .31 |
| 16. ฉันล้างทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ภายหลังการ ขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะทุกครั้ง | 2.76 | .93 | 2.56 | 1.04 | .30 |
| 17. ฉันมียังคงมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ | 2.24 | 1.08 | 2.44 | 1.12 | 1.00 |
| 18. เมื่อมีตกขาวมาก ฉันจะทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำ ความสะอาดจุดซ่อนเร้น ด้านการป้องกันอันตราย | 2.44 | .88 | 2.52 | .96 | .39 |
| 19. ฉันหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ | 2.76 | 1.01 | 2.32 | 1.14 | .77 |
| 20. ฉันใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในบริเวณที่มีฝุ่น ควัน และเชื้อโรค | 2.24 | .99 | 2.72 | .98 | .81 |
| 21. ฉันล้างมือหลังสัมผัสสิ่งของที่มีการปนเปื้อน | 2.64 | 1.00 | 2.68 | 1.25 | .71 |
| 22. ฉันมักลืมห้างวัตถุดิบให้สะอาด ก่อนที่จะนำมาประกอบอาหาร | 2.56 | .96 | 2.84 | .94 | .10 |
| 23. ฉันหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ ที่มีสารเคมี หรือยาฆ่า แมลง ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ | 2.48 | .78 | 2.76 | .97 | .08 |
| 24. ฉันหมั่นสังเกตอาการนำของการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด เช่น มูกเลือด น้ำเดิน เป็นต้น | 2.24 | 1.01 | 2.40 | .91 | .22 |
| 25. ฉันเอามือจับที่หน้าท้องเพื่อสังเกตอาการท้องแข็ง อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที | 2.76 | .87 | 2.68 | .99 | .52 |
| 26. เมื่อฉันรู้สึกเจ็บท้องและท้องแข็งถี่ ฉันจะนอนพัก | 2.48 | .87 | 2.68 | 1.07 | .50 |

ตารางที่ 12 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ ก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Pair T-Test (n = 25)

| พฤติกรรมดูแลตนเอง | ก่อน | | หลัง | | p-value |
|---|-----------|-------|-----------|-------|---------|
| | ทดลอง | ทดลอง | ทดลอง | ทดลอง | |
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD | |
| ด้านการรับประทานอาหาร | | | | | |
| 1. ฉันรับประทานอาหารผัก และผลไม้สดหลากหลายชนิด | 2.40 | .91 | 3.20 | .64 | .00 |
| 2. ฉันรับประทานอาหารประเภทโปรตีนที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลา ออกไก่ หมูเนื้อแดง เป็นต้น | 2.36 | 1.04 | 2.84 | .89 | .10 |
| 3. ฉันหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทพืชตระกูลถั่วและธัญพืชต่างๆ เช่น ถั่วแดง ถั่วเหลืองเมล็ดงา ข้าวกล้อง เป็นต้น | 2.52 | .92 | 3.28 | .74 | .00 |
| 4. ฉันรับประทานอาหารรสจัด เช่น ส้มตำ ยำ แกงเผ็ด เป็นต้น | 2.80 | .87 | 3.40 | .57 | .01 |
| 5. ฉันรับประทานของหมักดอง เช่น ผักกาดดอง ปลาซึ่ม ปลาร้า เป็นต้น | 2.32 | .85 | 3.40 | .58 | <.001 |
| ด้านการจัดการความเครียด | | | | | |
| 6. เมื่อรู้สึกเครียด ฉันไม่รู้ว่าจะผ่อนคลายอย่างไร | 2.16 | .94 | 1.64 | .70 | .01 |
| 7. เมื่อนั้นไม่สบายใจ ฉันหาวิธีผ่อนคลายได้ | 2.64 | .95 | 3.16 | .69 | .04 |
| 8. ฉันอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบและอากาศบริสุทธิ์ | 2.32 | 1.18 | 3.16 | .62 | .01 |
| 9. ฉันทำจิตใจให้สงบและผ่อนคลาย | 2.16 | .94 | 3.48 | .65 | <.001 |
| 10. เมื่อฉันรู้สึกเครียด จะเก็บไว้ในใจคนเดียว | 2.48 | .87 | 1.44 | .58 | <.001 |
| ด้านการพักผ่อน | | | | | |
| 11. ฉันนอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมง | 2.24 | 1.05 | 3.36 | .76 | <.001 |
| 12. ฉันหลีกเลี่ยงการยกของหนัก หรือทำกิจกรรมที่ต้องเกร็งหน้าท้อง | 2.68 | 1.03 | 3.48 | .59 | .00 |
| 13. ฉันนั่ง หรือยืน ในท่าเดิมติดต่อกันเป็นเวลานาน | 2.20 | 1.04 | 3.04 | 1.02 | .02 |
| 14. ฉันหลีกเลี่ยงการเดินทางไกล | 2.52 | 1.05 | 3.12 | .60 | .02 |

| พฤติกรรมดูแลตนเอง | ก่อน | | หลัง | | p-value |
|---|-----------|------|-----------|------|---------|
| | ทดลอง | | ทดลอง | | |
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD | |
| ด้านการป้องกันการติดเชื้อ | | | | | |
| 15. ฉันไม่กลืนปัสสาวะ และขับถ่ายปัสสาวะทุกครั้งที่ปวด | 2.76 | 1.01 | 3.36 | 1.04 | .01 |
| 16. ฉันล้างทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ภายหลังการ ขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะทุกครั้ง | 2.76 | 1.01 | 3.68 | 1.04 | <.001 |
| 17. ฉันมียังคงมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ | 2.32 | 1.03 | 3.64 | 1.12 | <.001 |
| 18. เมื่อมีตกขาวมาก ฉันจะทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำ ความสะอาดจุดซ่อนเร้น | 2.36 | .76 | 3.44 | .96 | <.001 |
| ด้านการป้องกันอันตราย | | | | | |
| 19. ฉันหลีกเลี่ยงการเข้าไปใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ | 2.32 | .99 | 3.60 | .50 | <.001 |
| 20. ฉันใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในบริเวณที่มีฝุ่น คิววัน และเชื้อโรค | 2.44 | .87 | 3.36 | .64 | .00 |
| 21. ฉันล้างมือหลังสัมผัสสิ่งของที่มีการปนเปื้อน | 2.24 | .97 | 3.72 | .46 | <.001 |
| 22. ฉันมักล้างล้างวัตถุดิบให้สะอาด ก่อนที่จะนำมาประกอบอาหาร | 2.36 | 1.07 | 3.76 | .44 | <.001 |
| 23. ฉันหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ ที่มีสารเคมี หรือยาฆ่า แมลง | 2.44 | 1.00 | 3.52 | .65 | <.001 |
| ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ | | | | | |
| 24. ฉันหมั่นสังเกตอาการนำของการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด เช่น มูกเลือด น้ำเดิน เป็นต้น | 2.48 | .82 | 3.68 | .56 | <.001 |
| 25. ฉันเอามือจับที่หน้าท้องเพื่อสังเกตอาการท้องแข็ง อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที | 2.52 | 1.05 | 3.44 | .65 | .0 |
| 26. เมื่อฉันรู้สึกเจ็บท้องและท้องแข็งถี่ ฉันจะนอนพัก | 2.60 | 1.08 | 3.68 | .56 | .00 |

ตารางที่ 13 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อหลังได้รับโปรแกรมฯ
ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทีอิสระ (n = 25)

| พฤติกรรมดูแลตนเอง | กลุ่ม ควบคุม | | กลุ่ม ทดลอง | | p-value |
|--|-----------------|------|----------------|------|---------|
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD | |
| ด้านการรับประทานอาหาร | | | | | |
| 1. ฉันรับประทานอาหารผัก และผลไม้สดหลากหลายชนิด | 2.68 | 1.03 | 3.20 | .65 | .04 |
| 2. ฉันรับประทานอาหารประเภทโปรตีนที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลา ออกไก่ หมูเนื้อแดง เป็นต้น | 2.60 | .96 | 2.84 | .90 | .37 |
| 3. ฉันหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทพืชตระกูลถั่วและธัญพืชต่างๆ เช่น ถั่วแดง ถั่วเหลือง เมล็ดงา ข้าวกล้อง เป็นต้น | 2.60 | .91 | 3.28 | .737 | .01 |
| 4. ฉันรับประทานอาหารรสจัด เช่น ส้มตำ ยา แกงเผ็ด เป็นต้น | 2.64 | .95 | 3.40 | .58 | .00 |
| 5. ฉันรับประทานของหมักดอง เช่น ผักกาดดอง ปลาซึ่ม ปลาร้า เป็นต้น | 2.72 | .94 | 3.40 | .58 | .00 |
| ด้านการจัดการความเครียด | | | | | |
| 6. เมื่อรู้สึกเครียด ฉันไม่รู้ว่าจะผ่อนคลายอย่างไร | 2.40 | 1.00 | 1.64 | .70 | .00 |
| 7. เมื่อนั้นไม่สบายใจ ฉันหาวิธีผ่อนคลายได้ | 2.24 | .83 | 3.16 | .69 | <.001 |
| 8. ฉันอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบและอากาศบริสุทธิ์ | 2.48 | .92 | 3.16 | .62 | <.001 |
| 9. ฉันทำจิตใจให้สงบและผ่อนคลาย | 2.44 | .87 | 3.48 | .65 | <.001 |
| 10. เมื่อนั้นรู้สึกเครียด จะเก็บไว้ในใจคนเดียว | 2.72 | .98 | 1.44 | .58 | <.001 |
| ด้านการพักผ่อน | | | | | |
| 11. ฉันนอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมง | 2.16 | .90 | 3.36 | .57 | <.001 |
| 12. ฉันหลีกเลี่ยงการยกของหนัก หรือทำกิจกรรมที่ต้องเกร็งหน้าท้อง | 2.64 | .91 | 3.48 | .59 | <.001 |
| 13. ฉันนั่ง หรือยืน ในท่าเดิมติดต่อกันเป็นเวลานาน | 2.04 | .935 | 3.04 | 1.02 | <.001 |
| 14. ฉันหลีกเลี่ยงการเดินทางไกล | 2.12 | .971 | 3.12 | .60 | .00 |

| พฤติกรรมดูแลตนเอง | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | p-value |
|---|-------------|------|------------|-----|---------|
| | \bar{x} | SD | \bar{x} | SD | |
| ด้านการป้องกันการติดเชื้อ | | | | | |
| 15. ฉันไม่กลืนπισสาวะ และขับถ่ายปัสสาวะทุกครั้งที่ปวด | 2.40 | 1.04 | 3.36 | .64 | <.001 |
| 16. ฉันล้างทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ภายหลังการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะทุกครั้ง | 2.56 | 1.04 | 3.68 | .63 | <.001 |
| 17. ฉันมียังคงมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ | 2.44 | 1.12 | 3.64 | .64 | <.001 |
| 18. เมื่อมีตกขาวมาก ฉันจะทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำความสะอาดจุดซ่อนเร้น | 2.52 | .96 | 3.44 | .77 | <.001 |
| ด้านการป้องกันอันตราย | | | | | |
| 19. ฉันหลีกเลี่ยงการเข้าไปใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ | 2.32 | 1.15 | 3.60 | .50 | <.001 |
| 20. ฉันใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในบริเวณที่มีฝุ่น คิว และเชื้อโรค | 2.72 | .98 | 3.36 | .64 | .01 |
| 21. ฉันล้างมือหลังสัมผัสสิ่งของที่มีการปนเปื้อน | 2.68 | 1.25 | 3.72 | .46 | <.001 |
| 22. ฉันมักล้างวัตถุดิบให้สะอาดก่อนที่จะนำมาประกอบอาหาร | 2.84 | .94 | 3.76 | .44 | <.001 |
| 23. ฉันหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ ที่มีสารเคมี หรือยาฆ่าแมลง | 2.76 | .97 | 3.52 | .65 | .00 |
| ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ | | | | | |
| 24. ฉันหมั่นสังเกตอาการนำของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น มูกเลือด น้ำเดิน เป็นต้น | 2.40 | .91 | 3.68 | .56 | <.001 |
| 25. ฉันเอามือจับที่หน้าท้องเพื่อสังเกตอาการท้องแข็งอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที | 2.68 | .99 | 3.44 | .65 | .00 |
| 26. เมื่อนั้รู้สึกเจ็บท้องและท้องแข็งถี่ ฉันจะนอนพัก | 2.68 | 1.07 | 3.68 | .56 | <.001 |

ประวัติย่อของผู้วิจัย

| | |
|-------------------------------|--|
| ชื่อ-สกุล | เมธาวิ พรตเจริญ |
| วัน เดือน ปี เกิด | 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2538 |
| สถานที่เกิด | กรุงเทพมหานคร |
| สถานที่อยู่ปัจจุบัน | 10/3 หมู่ 8 ตำบลวันยาว อำเภอลำลูกกา จังหวัดจันทบุรี |
| ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน | พ.ศ. 2559-2560 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท พ.ศ. 2560-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี |
| ประวัติการศึกษา | พ.ศ. 2559 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสวนดุสิต พ.ศ. 2565 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยบูรพา |