

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เมธาวี พรตเจริญ, พย.ม.¹ สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, Dr.P.H.^{2*} พิริยา ศุภศรี, M.Sc.³

บทคัดย่อ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชัน ไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภายหลังจากได้รับการรักษา เพื่อยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มกลุ่มควบคุม 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test สถิติ และสถิติ Chi-square

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{35.92} = 14.40, p < .001$) และมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 2.92, p = .09$) ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลและผดุงครรภ์ควรเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำดีขึ้นและอาจจะลดอัตราการ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำได้

คำสำคัญ: การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ แอปพลิเคชันไลน์

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: supits@go.buu.ac.th

Effects of the empowerment program with Line application on health behaviors and recurrent preterm labor among women having preterm labor

Methawee Protcharoen, M.N.S.¹, Supit Siriarunrat, Dr.P.H.^{2*}, Piriya Suppasri, M.Sc.³

Abstract

Empowerment helps people gain confidence and make decisions to change their behaviors. This study is quasi-experimental research. The study aimed to determine the effects of the empowerment program with the 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 treated for preventing preterm labor in the hospital for the first time. Fifty samples were recruited by purposive sampling and equally divided into 2 groups; the control group, and the experimental group. Research instrument included a personal information questionnaire, a record of the 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 ($\chi^2 = 2.92, p = .09$). Recommendations from this study, nurses and midwives should empower women with preterm labor to have health behaviors in preventing recurrence of preterm labor and reducing the rate of preterm labor repeatable.

Key words: Recurrent preterm labor, Empowerment program, Line application

¹ Student of Master's degree of Nursing Science in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: supits@go.buu.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ในแต่ละปีทั่วโลกจะมีทารกที่คลอดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคน หรือทุก ๆ 1 ใน 10 คนของทารกแรกเกิด (Kolatat, 2016) ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 5.00-18.00 ของการเกิดมีชีพ 100 ราย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้นเฉลี่ย 12 ล้านคน/ปี (World Health Organization [WHO], 2019) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 8.00-12.00 หรือประมาณ 80,000 รายต่อปี (Koranantakul, 2019) จากสถิติของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มีการคลอดก่อนกำหนดในปี 2561-2563 ร้อยละ 4.75, 4.92 และ 5.02 ของทารกเกิดมีชีพตามลำดับ จากข้อมูลข้างต้นแสดงว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพต่อทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของทารกที่จะคลอดก่อนกำหนด และยังส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตอารมณ์ของสตรีตั้งครรภ์อย่างมาก สตรีตั้งครรภ์จะเกิดความวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของลูกกลัวว่าลูกจะคลอดก่อนกำหนด กลัวว่าลูกออกมาจะไม่แข็งแรง กลัวที่จะสูญเสียลูก (Maloni, 2011) การรักษาตัวที่ต้องมีการจำกัดกิจกรรม มีภาวะไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยารักษา ทำให้เกิดความเครียด ความกังวล ต้องหยุดงาน ขาดรายได้ไม่สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้เช่นเดิม เหล่านี้ทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (Powerless) (Nathalie & Antoine, 2011) การป้องกันไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และ/หรือการประคับประคองให้สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งครรภ์ต่อ หรือไม่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ โดยการลดสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงมีความสำคัญ

อย่างไรก็ตามสาเหตุแท้จริงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นยังไม่ทราบชัดเจน แต่จากการศึกษาพบว่า การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย (Cunningham et al., 2018) รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่ได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม (Gete, Waller, & Mishra, 2020) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่หรือการได้รับบุหรี่มือสอง (Kelly, Marie, & John, 2013) การมีความเครียด (Lilliecreutz, Loren, Sydsjo, & Josefsson., 2016) การยืนนาน การทำงานหนัก (Palmer, Bonzini, Harris, Linaker, & Bonde, 2013) การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หรือการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Stylianou-Riga et al., 2018) เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถจัดการได้

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ดีของสตรีตั้งครรภ์ช่วยลดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำได้ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) การรับประทานอาหาร ควรได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูงและมีวิตามินหลากหลาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง (Gete et al., 2020) และอาหารที่ปนเปื้อนแบคทีเรีย 2) การจัดการความเครียด 3) การพักผ่อนและกิจกรรม ควรนอนอย่างน้อยกว่าวันละ 6 ชั่วโมง (Okun, Schetter, & Glynn, 2011) หลีกเลี่ยงการยืนนานต่อเนื่องมากกว่า 4 ชั่วโมง และการทำงานหนัก (Palmer et al., 2013) 4) การป้องกันการติดเชื้อระบบอวัยวะสืบพันธุ์ และระบบทางเดินปัสสาวะ (Stylianou-Riga et al., 2018) เนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสจะไปกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดการหลั่งสารโพสตาแกรนดิน และกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูกได้ (Cunningham et al., 2018) 5) การป้องกันการสารพิษ เช่น สารเคมีต่าง ๆ สารที่เกิดจากการเผาไหม้ เช่นคาร์บอนมอนนอกไซด์ ควันน้ำมัน รวมถึงควันบุหรี่มือสอง (Kelly et al., 2013) และ 6) การสังเกตอาการผิดปกติ และมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ เพื่อได้รับการรักษาอย่างทันเวลาที่ ดังนั้นในสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว ภายหลังการได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะช่วยป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำได้

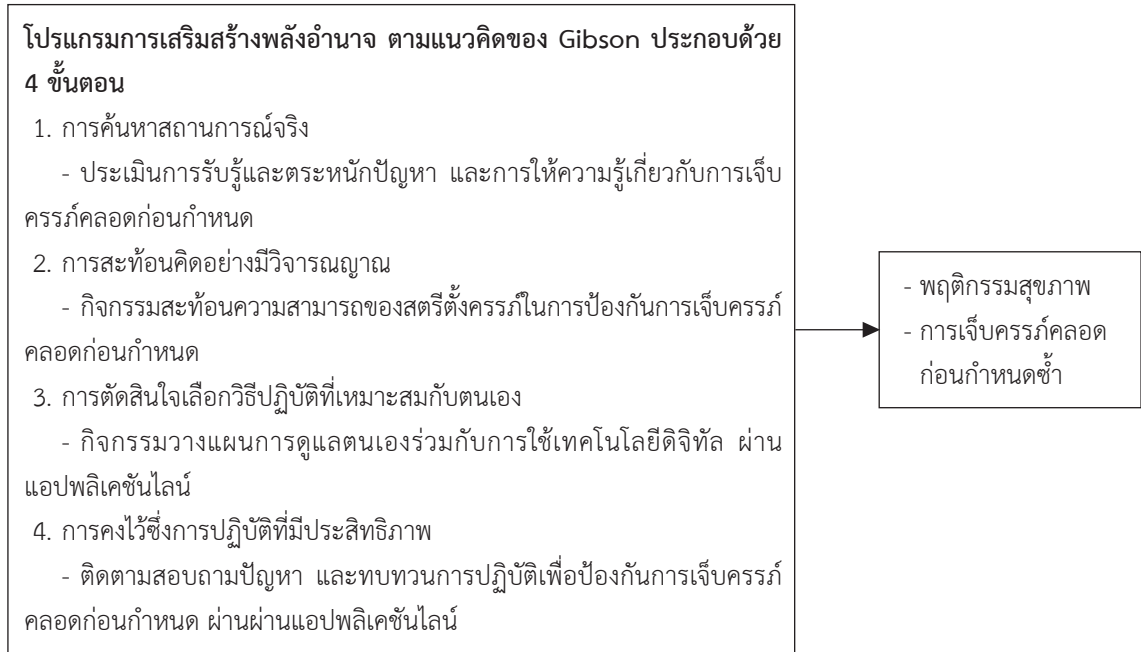
จากที่กล่าวข้างต้นแล้ว พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ การที่จะสร้างเสริมให้สตรีเหล่านี้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ จึงควรเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล จะช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง และรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง ที่สามารถควบคุมชีวิตตนเอง และจัดการกับปัญหาโดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาได้ (Gibson, 1995) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาสถานการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมต่อตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพตามลำดับ ดังนั้นหากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเกิดความเชื่อมั่น มีอิสระในการตัดสินใจ สามารถตั้งศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมาใช้พัฒนาตนเอง ให้ควบคุมหรือจัดการปัญหาได้ เกิดความพึงพอใจ และมีเป้าหมายในตนเอง นั่นคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

การทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยพบว่ารูปแบบของโปรแกรมที่เป็นส่วนของการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเพื่อเป็นทางเลือกและตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น มักเป็นรูปแบบการให้ข้อมูลด้วยสื่อที่เป็นเอกสาร ซึ่งมีความจำกัดในเรื่องของความสามารถ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการก้าวเข้าสู่โลกยุคดิจิทัลนั้น ทำให้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทเป็นอย่างมาก ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นและประกอบกับในประเทศไทยยังไม่มีหรือนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson มาสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นสื่อกลางในการให้ความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ ผู้วิจัยเชื่อว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ตลอดจนมีอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำต่ำกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest -posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาด้วยการยับยั้งการคลอดเป็นครั้งแรก ที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดจันทบุรี และมีแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับประชากร ซึ่งเข้ารับการรักษาระหว่าง เดือน กันยายน ถึง ธันวาคม 2565 คัดเลือก ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีอายุ 20-35 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ที่เป็นเหตุให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ครรภ์แฝด เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง ภูุน้ำแตกก่อนกำหนด เป็นต้น สื่อสารภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์มือถือพร้อมสัญญาณ Internet และสามารถใช้อุปกรณ์ออนไลน์ได้ คำนวณขนาดตัวอย่างจากจากโปรแกรม G*Power กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่เท่ากับ .80 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง หาได้ยาก (Cohen, 1988 อ้างถึงใน Thato, 2018) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 15% ดังนั้นได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย แผนการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสร้างตามแนวคิดของ Gibson 4 ขั้นตอน แบบบันทึกการวางแผนการดูแลสุขภาพ (P1) แบบบันทึกการดูแลสุขภาพ (P2) และคู่มือความรู้ในแอปพลิเคชันไลน์ ได้แก่ แผนการสอนเรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ เอกสารอิเล็กทรอนิกส์เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วัสดุทัศนสอนการประเมินการหดตัวของมดลูก เกมทดสอบความรู้เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุเต็มปี สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย โดยลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ และเติมคำลงในช่องว่าง

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ 6 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การจัดการความเครียด 3) การพักผ่อนและกิจกรรม 4) การป้องกันการติดเชื้อ 5) การป้องกันอันตราย และ 6) การสังเกตอาการผิดปกติ ทั้งหมด 26 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก 16 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ เป็นข้อความแบบประมาณค่า 4 คำตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 4 ถึง 1 ในทางกลับกัน ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนจาก 1 ถึง 4 คะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมมารดูแลตนเองดี คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมมารดูแลตนเองไม่ดี

2.3 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ผู้วิจัยบันทึก ได้แก่ อายุครรภ์ ลำดับครรภ์ ภาวะแทรกซ้อน ความผิดปกติและปัญหาในระหว่างตั้งครรภ์ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมฯ ทั้งหมด และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์และการดูแลรักษาพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน และสูติแพทย์ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอนี้ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .97

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอนี้ของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .73

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสโครงการ G-HS019/2565(C2) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (รหัสโครงการ CTIREC 044/65) หลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัยและรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ การบันทึกข้อมูลจะไม่ระบุชื่อ และข้อมูลเป็นความลับ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยด้วยความสมัครใจโดยไม่มีภารกิจบังคับใด ๆ และมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย และในระหว่างการเข้าร่วมการศึกษา สามารถปฏิเสธหรือ ยุติการเข้าร่วมการศึกษาตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษา ไม่มีผลต่อบริการดูแลรักษาพยาบาลที่จะได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อม และจะทำลายเอกสารทั้งหมดทั้งหมดหลังจากสิ้นสุดการวิจัยภายใน 1 ปี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน จากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

ขั้นก่อนทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบสตรีตั้งครรภ์ 1 วัน ก่อนที่แพทย์จะวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภายหลังจากที่สตรีตั้งครรภ์ ทำการชี้แจงตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ ภายหลังจากที่ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (Pretest)

ขั้นตอนทดลอง

กลุ่มควบคุม ภายหลังจากกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้านตามมาตรฐานการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมเข้ากลุ่มไลน์ (สำหรับกลุ่มควบคุม) จากนั้นแจ้งให้ทราบว่าจะขอเข้าพบกลุ่มควบคุม หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ เพื่อให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (Post-test) และสอบถามการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในระหว่าง 2 สัปดาห์นี้ หากมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ให้แจ้งผู้วิจัยทางไลน์ หรือทางโทรศัพท์

กลุ่มทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน

1 วัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการ ตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) ใช้เวลา 20 นาที กระตุ้นให้สตรีตั้งครรถบทวนสำรวจปัญหา และผลกระทบจากการมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ประกอบการสอน และสอนวิธีการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง ด้วยสื่อวีดิทัศน์ พร้อมทั้งให้ทบทวนความรู้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical reflection) ใช้เวลาอีก 20 นาที เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและความมั่นใจในการปฏิบัติตน โดยให้กลุ่มทดลองได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา โดยใช้คำถามช่วยให้สะท้อนคิดถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) และเพิ่มพูนความมั่นใจมากขึ้น โดยให้กลุ่มทดลองกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ และบันทึกในแบบบันทึกการวางแผนการดูแลสุขภาพ (แบบบันทึก P1) พร้อมทั้งแนะนำสื่อให้ความรู้ที่อยู่ในแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลาที่ต้องการ และเมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคสามารถสอบถามเข้ามายังแอปพลิเคชันไลน์ได้

ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์แรก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตามแผนและปัญหาอุปสรรค และร่วมอภิปรายกับกลุ่มทดลองเพื่อแก้ปัญหา และกระตุ้นให้กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ด้วยวิธีการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ หรือติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งละประมาณ 10 นาที จำนวน 3 ครั้ง (ติดตาม 2 ครั้ง/สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1 และติดตาม 1 ครั้ง/สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 2) เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพด้วยการสอบถามและพิจารณาจากแบบบันทึกการดูแลสุขภาพ (P2)

เมื่อครบ 2 สัปดาห์ หลังจำหน่าย ผู้วิจัยเข้าพบสตรีตั้งครรถบ เพื่อให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (Post test) และประเมินการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ระหว่าง 2 สัปดาห์นี้ หากมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ให้แจ้งผู้วิจัยทางไลน์ หรือทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรถบของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างกันข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ในกรณีตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบอัตราภาค (Interval scale) และอัตราส่วน (Ratio scale) และข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) ได้แก่ อายุ อายุครรถบ และระยะเวลาในการรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนหนต ส่วนข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ หรือ ข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal scale) ใช้สถิติ Chi-square ในการทดสอบ ได้แก่ สถานภาพ ระดับการศึกษา การทำงาน อาชีพ ความเพียงพอ ของรายได้ ลักษณะที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพในครอบครัว ลำดับการตั้งครรถบ การฝากครรถบตามเกณฑ์ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรถบ และวิเคราะห์ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) และผลต่ออัตราการเจ็บครรภ์ซ้ำด้วยสถิติ ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มควบคุม 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 การศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมปลาย ร้อยละ 56.00 ส่วนใหญ่ทำงาน แต่หยุดงานเมื่อตั้งครรภ์ ร้อยละ 48.00 ประกอบอาชีพอิสระ ร้อยละ 44.00 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 76.00 ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียว ร้อยละ 72.00 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ร้อยละ 76.00 ลำดับการตั้งครรภ์ เป็น ครรภ์แรก ร้อยละ 48.00 มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 76.00 ทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง 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 การศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมปลาย ร้อยละ 64.00 ส่วนใหญ่ทำงาน แต่หยุดงานเมื่อตั้งครรภ์ ร้อยละ 52.00 ประกอบอาชีพอิสระ ร้อยละ 44.00 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 76.00 ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียว ร้อยละ 72.00 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ร้อยละ 76.00 ลำดับการตั้งครรภ์เป็น ครรภ์แรก ร้อยละ 52.00 มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 76.00 ทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test และสถิติ Chi-square พบว่า มีความแตกต่าง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

2. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 64.44 คะแนน ($SD = 9.51$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 63.40 คะแนน ($SD = 4.90$) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่แตกต่างกัน ($t_{35.92} = .49, p = .63$) ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพประมาณปานกลาง คือ 65.48 คะแนน ($SD = 5.98$) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระดับก่อนไปทางดี คือ 84.88 คะแนน ($SD = 3.09$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{35.91} = 14.40, p < .001$) ดังตารางที่ 1

3. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่ออัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Chi-square = 2.92, p = .09$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ($n = 50$)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม ($n = 25$)		กลุ่มทดลอง ($n = 25$)		t	df	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	65.48	5.98	84.88	3.09	14.40	35.91	<.001
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
ด้านการพักผ่อนและกิจกรรม	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

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจฯ 2 สัปดาห์ (n = 50)

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

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง คือ 64.44 คะแนน (SD = 9.51) และ 63.40 คะแนน (SD = 4.90) จึงมีความสอดคล้องกับข้อค้นพบทางทฤษฎีที่กล่าวว่า พฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุหนึ่งเกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (Nuiman, 2011) ในการศึกษาครั้งนี้ก่อนการให้โปรแกรม พบว่า คะแนนพฤติกรรมรายข้อ มีค่าเฉลี่ยไม่ถึง 2.5 จากคะแนนเต็ม 4 เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น โปรตีนไขมันต่ำ ถั่ว ผลไม้หลากสีก่อนไปในทางต่ำ อาจทำให้ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ไม่เพียงพอ พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด การพักผ่อนนอนหลับน้อยกว่า 6 ชม. มีการเดินทางไกล นั่งหรือยืนติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความตึงเครียดที่มีผลทำให้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ เป็นต้น

2. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีขึ้น ภายหลังจากได้รับโปรแกรม ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในขั้นตอนที่ 1 กระบวนการนี้ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการค้นพบความจริง จากการสอบถามพบว่า สตรีตั้งครรภ์รู้สึกเครียด กังวล และรับรู้ว่าเป็นอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ แต่ยังไม่ทราบสาเหตุ และวิธีการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ขั้นตอนที่ 2 พบว่าสตรีตั้งครรภ์สะท้อนคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาของตน ซึ่งมักมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ด้านการรับประทานอาหาร “รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ” “รับประทานอาหารเดลิเวอรี่เช่น ฟาสต์ฟู้ด” เป็นต้น หลังจากให้สะท้อนคิดสตรีตั้งครรภ์เกิดความตระหนัก และได้คิดวิธีแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของตน ขั้นตอนที่ 3 เกิดความเชื่อมั่นและตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตน และวางแผนการดูแลตนเอง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้มีการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมทั้งหมด 6 ด้าน ได้อย่างถูกต้อง ยกตัวอย่างเช่น “ไม่รับประทานอาหารที่มีรสจัดและอาหารหมักดอง” “จะฟังเพลง เพื่อลดความเครียด” เป็นต้น ขั้นตอนที่ 4 จากการทำกลุ่มทดลองได้ทำตามแผนการทำพฤติกรรมสุขภาพตามที่กำหนด เช่น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด ในรายที่สามีสูบบุหรี่ได้มีการแนะนำ “ให้สามีสูบบุหรี่นอกบ้าน และทำความสะอาดร่างกายก่อนเข้าใกล้” พบว่าสตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามแผนที่ได้วางไว้ ซึ่งระหว่างดำเนินโปรแกรมสามารถสอบถามปัญหา และศึกษาสื่อความรู้ต่าง ๆ ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ได้ตลอดเวลา โดยกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “ชอบที่สามารถเข้าไปอ่านได้ตลอดเวลา” และ “รู้สึกอุ่นใจที่จะสามารถปรึกษาพยาบาลได้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์” เป็นต้น การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการยุคดิจิทัล ผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์มาเป็นสื่อกลางในการให้ความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ จึงสร้างประโยชน์และทำให้โปรแกรมฯ นี้ ดำเนินไปอย่างราบรื่น และเกิดผลลัพธ์นั่นคือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่าด้านการจัดการความเครียดไม่มีความแตกต่างกัน อาจเพราะความวิตกกังวล และความกลัวการคลอดก่อนกำหนด ทำให้เกิดความเครียด จึงทำให้พฤติกรรมจัดการความเครียดทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างชุดกิจกรรมการพยาบาลหรือโปรแกรมฯ เพื่อช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม ผลการศึกษาพบว่าทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) (Nuiman, 2011) เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด พบว่าสตรีตั้งครรภ์และสามีมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Konggern, Wongasa, & Sombatsirinan, 2016) จากผลการวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์ตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ไม่มีผลต่อการลดอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามมาตรฐานทางการรักษาของโรงพยาบาลที่ทำการวิจัยด้วยมาตรฐานทางการแพทย์เดียวกัน คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ < 34 สัปดาห์ และได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะได้รับยา เพื่อยับยั้งการหดตัวของมดลูก ตัวอย่างกลุ่มยาที่ใช้มีดังนี้ 1) beta – adrenergic receptor agonists ได้แก่ ยา terbutaline 2) calcium channel blockers ได้แก่ ยา nifedipine และ 3) magnesium sulfate ได้แก่ ยา Magnesium sulfate ซึ่งชนิดของยา และระยะเวลาของการได้รับยาแตกต่างกันตามความรุนแรงและอาการของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับยากระตุ้นปอดทารกเป็นยาตัวเดียวกันทุกราย ได้แก่ ยา Dexamethasone และภายหลังจากอาการดีขึ้น สามารถที่จะจัดการกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ จึงจะจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งโดยทั่วไป จะสามารถยืดระยะเวลาทางของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างน้อย 48 ชั่วโมง ไปจนถึง 7 วัน ขึ้นอยู่กับชนิดของยาที่ได้รับ (Gyevai, Hannah, Hodnett, & Ohlsson, 1999) จึงทำให้อัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นก็ตาม ประกอบกับเมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บครรภ์ซ้ำในสัปดาห์แรก พบว่า กลุ่มควบคุมมีการเจ็บครรภ์ซ้ำในสัปดาห์แรก 6 ราย ซึ่งเป็น 2 เท่าของกลุ่มทดลองที่มี 3 ราย โดยที่อายุครรภ์เฉลี่ย ของทั้ง 2 กลุ่ม ใกล้เคียงกัน (อายุครรภ์เฉลี่ย 31.16 และ 32.33 สัปดาห์) ทั้งที่สตรีตั้งครรภ์ 3 รายนั้น มีระยะเวลาเฉลี่ยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลยาวนาน มากกว่ากลุ่มควบคุมเกือบ 2 เท่า ระยะเวลาเฉลี่ย 7.33 วัน และ 3.83 วัน) จึงเป็นไปได้ว่า กลุ่มทดลอง 3 คนนี้มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่รุนแรงกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งเมื่อพิจารณาจากการข้อมูลส่วนบุคคลของทั้ง 3 คน พบว่า รายที่ 1 มีที่อยู่อาศัยอยู่ในสวน รายที่ 2 ได้รับวันพุธหรือสองจากคนในครอบครัว และรายที่ 3 มีโภชนาการไม่เหมาะสมโดยมักรับประทานอาหารสด นั่นคือ กลุ่มทดลองทั้ง 3 ราย มีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์ซ้ำได้สูง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จึงไม่สามารถลดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาจไม่สามารถระบุได้ โดยประมาณร้อยละ 25 มีสาเหตุมาจากการตาและทารก และร้อยละ 75 เป็นการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง นอกจากนี้ อาจเกิดจากความผิดปกติที่รก หรือความผิดปกติทางพันธุกรรม (Cunningham et al., 2018)

อย่างไรก็ตามผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ อาจต้องการการทดสอบซ้ำ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีความจำกัดเรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กน้อย ระยะเวลาการศึกษา และเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ทำให้ความแตกต่างของอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทั้งที่ร้อยละของกลุ่มทดลองที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลแก่กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร่วมกับการใช้สื่อดิจิทัล และใช้เทคโนโลยี

การสื่อสาร เช่น แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งจะเป็นเพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์และ การติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการให้สะดวก รวดเร็วขึ้น และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านการวิจัย ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ คล้ายการศึกษาครั้งนี้ แต่ควรเป็นการวิจัยแบบไปข้างหน้า (Prospective study) และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เป็นขนาดใหญ่ขึ้น

3. ด้านการศึกษา นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไปสอนภาคทฤษฎี ส่วนภาคปฏิบัติควรจัดให้นักศึกษามีการปฏิบัติโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในกระบวนการพยาบาล เพื่อวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

References

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, S. J., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2018). *Williams obstetrics* (25th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Lilliecreutz, C., Loren, J., Sydsjo, G., & Josefsson, A. (2016). Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(5), 1-8.
- 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.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
- Gyetvai, K., Hannah, M., Hodnett, E., & Ohlsson, A. (1999). Tocolytics for preterm labor: A systemic review. *Obstetrics & Gynecology*, 94, 869-877.
- Kelly, K., Marie, S., & John, D. (2013). Environmental contaminant exposures and preterm birth: A comprehensive review. *Journal of Toxicology and Environmental Health*, 16(2), 69-113.
- Kolatat, T. (2016). *The effect of prematurity: Thai maternal and child health*. [http:// www.tmch network.com/node/164](http://www.tmchnetwork.com/node/164). [In Thai]
- Konggern, P., Wongasa, W., & Sombatsirinan, K. (2016). The effect of an empowerment program on pregnant women at risk of giving birth. before maturity and husband to health promotion behaviors number of miscarriages and low birth weight infants. *Thai Journal of Nursing Council*, 31, 67-82. [In Thai]
- Koranantakul, A. (2019). Academic article: Predicting preterm birth: Prevent and maintain. *The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists*, 28, 8-15. [In Thai]
- Maloni, J. A. (2011). Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6(4), 385-393.
- 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
- Nuiman, T. (2011). Effect of empowerment program on behaviors for prevention of preterm labour among Muslim teenage pregnant women. *Thai Journal of Nursing*, 60(2), 22-30. [In Thai]

- Okun, M. L., Schetter, C. D., & Glynn, L. M. (2011). Poor sleep quality is associated with preterm birth. *Sleep, 34*(11), 1493-1498.
- Palmer, K. T., Bonzini, M., Harris, E. C., Linaker, C., & Bonde, J. P. (2013). Work activities and risk of prematurity, low birth weight and pre-eclampsia: An updated review with metaanalysis. *Occupational Medicine Journal, 70*(4), 213-22.
- Stylianou-Riga, P., Kouis, P., Kinni, P., Rigas, A., Papadouri, T., Yiallourous, P. K., & Theodorou, M. (2018). Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: A case-control study. *Reproductive Health, 15*(1), 157. doi: 10.1186/s12978-018-0603-7
- Thato, R. (2018). *Nursing research: Concepts to application* (4th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. [In Thai]
- World Health Organization [WHO]. (2019). *World prematurity day 2012*. http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121117_world_.html. 2019.