

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โรงพยาบาลราชบุรี

Effects of the Empowerment Program on Preterm Birth Prevention
Behaviors among High-Risk Pregnant Women at Ratchaburi Hospital

สุภาวดี เจริญยิ่ง¹, จิราภรณ์ อนุชา^{2*}, ปาริฉัตร อารยะจารุ²

Supawadee Ngoenyong¹, Chiraporn Anucha^{2*}, Parichat Arayajaru²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chiraporn@bcnr.ac.th)

(Received: May 14, 2025; Revised: December 22, 2025; Accepted: December 23, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง อายุครรภ์ระหว่าง 20–32 สัปดาห์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 – 30 เมษายน 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดตามแนวคิดของกิบสัน และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันคลอดก่อนกำหนด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = 29.83, p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 11.26, p < .001$)

โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจมีส่วนสำคัญในการช่วยพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพในคลินิกฝากครรภ์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันและลดโอกาสการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การคลอดก่อนกำหนด, ภาวะเสี่ยงสูง, หญิงตั้งครรภ์, การสร้างเสริมพลังอำนาจ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี

Registered Nurse (Professional Level), Ratchaburi Hospital

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Abstract

This quasi-experimental research, utilizing a two-group pretest-posttest design, aimed to examine the effects of an Empowerment Program on preterm birth prevention behaviors among pregnant women at risk with a gestational age of 20–32 weeks receiving antenatal care at Ratchaburi Hospital between December 1, 2024, and April 30, 2025. Purposive sampling was used for recruiting participants, divided into a control group and an experimental group, with 30 participants in each. The research instruments included the Empowerment Program for pregnant women at risk of preterm labor, developed based on Gibson's concept, and the Preterm Labor Prevention Behavior Questionnaire, with a Cronbach's alpha coefficient of .91. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results revealed that pregnant women at risk of preterm labor, after participating in the Empowerment Program, had a mean score for preterm labor prevention behaviors significantly higher than before the experiment ($t = 29.83, p < .001$), and significantly higher than the control group at the .05 level ($t = 11.26, p < .001$).

The Empowerment Program plays a significant role in improving preterm labor prevention behaviors. Therefore, professional nurses in antenatal clinics should apply this program to pregnant women at risk of preterm labor to effectively promote preventive behaviors and reduce the likelihood of preterm birth.

Keywords: Preterm birth, High-risk, Pregnant women, Empowerment

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนด เป็นการคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ หรือ 259 วัน นับจากวันแรก ของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (World Health Organization, 2016) ซึ่งมีอันตรายถึงชีวิตต่อทารกแรกเกิด (Walani, 2020) พบสถิติอัตราการคลอดทารกก่อนกำหนดทั่วโลก ประมาณ 15 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 5 – 18 ของการเกิดมีชีพ (Chawanpaiboon et al., 2021) และข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลของกระทรวง สาธารณสุขไทย (Health Data Center: HDC) ในปี 2567 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 9.98 ของการเกิดมีชีพ และยังพบว่าตั้งแต่ปีพ.ศ. 2562 – 2567 อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน (neonatal mortality rate) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 5.09, 6.22, 6.49, 5.61, 7.04 และ 4.88 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ตามลำดับ และในจำนวนนี้มากกว่าร้อยละ 40 เกิดจากทารกคลอดก่อนกำหนด (Medical Information Repository, Ministry of Public Health, 2024)

ทารกคลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยเฉพาะในระบบ ทางเดินหายใจ และมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้นประมาณ 20 เท่าเมื่อเทียบกับทารกที่คลอดครบกำหนด

(Delnord & Zeitlin, 2019) โดยพบว่าร้อยละ 35 ของทารกคลอดก่อนกำหนดจะเสียชีวิตภายในอายุ 5 ปี (Ezbakhe & Pérez-Foguet, 2020) ในส่วนที่รอดชีวิตจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง และภาวะทุพพลภาพ (Crump et al., 2019) จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ขั้นสูง เพิ่มระยะเวลาการรักษา และการดูแลต่อเนื่อง รวมถึง การส่งเสริมพัฒนาการในกรณีที่ทารกมีความพิการซ้ำซ้อน (Crump et al. 2019) การคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศชาติ การป้องกันและการจัดการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ ในการยุติการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ในทารกแรกเกิด และเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ภายในปี พ.ศ. 2573 (United Nations, 2022)

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ทุกประเทศทั่วโลกดำเนินการจัดให้บริการดูแลสุขภาพสตรี ตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยยกระดับคุณภาพของการฝากครรภ์ เน้นการดูแลสุขภาพแม่ ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ การฝากครรภ์เร็วและสม่ำเสมอ ตลอดจนการจัดการความเสี่ยง เช่น งดบุหรี่ แอลกอฮอล์ และยาเสพติด ควบคุมน้ำหนัก จัดการโรคประจำตัว (เบาหวาน/ความดัน) และลดความเครียด (World Health Organization, 2016; 2025) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายและ ยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2569) พร้อมกับประกาศใช้ นโยบายป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2560 (Ministry of Public Health, 2017) และจัดทำแนว ปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ฉบับ พ.ศ. 2566 (Department of Medical services, 2023) มีกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง การค้นหาปัจจัยเสี่ยง รายบุคคล วิธีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการคลอด ก่อนกำหนด และให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยในปี 2567 มีเป้าหมายเพื่อลด อัตราการคลอดก่อนกำหนดให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 8 ของการเกิดมีชีพ (Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. 2024) แม้ว่านโยบาย และแนวทางข้างต้นได้ถูกกำหนดให้ทุกเขตสุขภาพดำเนินการไว้อย่างชัดเจน ปัจจุบันยังพบปัญหาการ คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศไทย

การสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) เป็นแนวทางการสร้างพลังความสามารถในตัว บุคคลที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พัฒนาด้านความรู้ ความสามารถ และการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้ บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตัวเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้นก่อให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมที่ถูกต้อง (Gibson, 1991) และการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีปัจจัยสำคัญ คือพฤติกรรม การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ การสร้างเสริมพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์ จึงเป็นวิธีการที่ช่วยกระตุ้นให้สตรี ตั้งครรภ์ดึงความสามารถของตนเองออกมาใช้ เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี และเกิดผลลัพธ์ทางบวกในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Kongngurn et al., 2016; Timsin & Wangpitpanit, 2025) ซึ่งการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอด ก่อนกำหนด เป็นบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ที่ต้องช่วยเสริมสร้างให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักถึงปัญหาและ มีศักยภาพในการดูแลตัวเองอย่างเหมาะสม สามารถตั้งครร์จนครบกำหนดคลอด การนำแนวคิดการสร้าง

เสริมพลังอำนาจมาใช้ในการปรับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นการป้องกันในระยะปฐมภูมิ (primary prevention) ที่สำคัญ เพราะมุ่งเน้นลดความเสี่ยงก่อนเกิดอาการเจ็บครรภ์ และลดการคลอดก่อนกำหนดได้มากกว่าเมื่อเทียบกับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เมื่อเกิดอาการเจ็บครรภ์ขึ้นแล้ว ซึ่งเป็นการป้องกันในระยะตติยภูมิ (tertiary prevention) แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจจึงถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระยะปฐมภูมิ ซึ่งช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด และสามี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีจำนวนการคลอดก่อน และจำนวนการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Kongngurn et al., 2016) และนำแนวคิดนี้มาใช้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์พบว่า ช่วยเหลือสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นและลดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Protcharoen et al., 2023)

โรงพยาบาลราชบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง และเป็นแม่ข่ายหลักของเครือข่ายบริการสุขภาพ (service plan) ในเขตสุขภาพที่ 5 เป็นสถานบริการรับส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง หรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรงพยาบาลในเครือข่ายทุกระดับ ส่งผลให้มีจำนวนทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด สถิติการคลอดตั้งแต่ปีพ.ศ. 2565 - 2567 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 11.96, 11.51 และ 11.86 ของการเกิดมีชีพ ตามลำดับ เนื่องจากส่วนใหญ่สตรีตั้งครรภ์ที่รับส่งต่อมารับการรักษา มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 5 ชั่วโมง และปากมดลูกเปิดมากกว่า 2 เซนติเมตร จึงได้รับการดูแลในระยะตติยภูมิ ทำให้เกิดความล้มเหลวในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด ประกอบกับการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลราชบุรี เป็นเพียงการให้ความรู้ในภาพรวมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ผ่านเอกสารที่เป็นคู่มือการปฏิบัติตัว หรือชมผ่านวิดีโอทัศน์เท่านั้น ไม่ได้ระบุเนื้อหาที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Department of Obstetric and Gynecologic Nursing, Ratchaburi Hospital, 2024) ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ มาเป็นสื่อในการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดสำหรับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นการป้องกันในระยะปฐมภูมิ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างเป็นระบบ นำไปสู่ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ดี ตามมาตรฐานของงานอนามัยแม่และเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดประยุกต์ตามกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบจากการคลอดก่อนกำหนดผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเอง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) พุดคุยทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่อาจเป็นความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการตัดสินใจและจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (decision making) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และวางแผนและตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและพร้อมลงมือปฏิบัติ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ (taking/maintaining action) ด้วยกิจกรรมให้กำลังใจ เสริมพลัง ตอบข้อสงสัยและติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ หรือทางโทรศัพท์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังภาพ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อน

- 1) การค้นหาสถานการณ์จริง
 - ประเมินการรับรู้และตระหนักปัญหา
 - ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด
- 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
 - สะท้อนความสามารถของตนเองในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
- 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง
 - การวางแผนการดูแลตนเอง
- 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ
 - ติดตาม สอบถามปัญหา และทบทวนการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

- การฝากครรภ์คุณภาพ
- การลดปัจจัยเสี่ยง
- การตัดสินใจพบแพทย์

ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โรงพยาบาลราชบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research: two groups pretest – posttest design) รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 - เมษายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชบุรี อายุครรภ์ตั้งแต่ 20 - 32 สัปดาห์ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power (Faul et al., 2007) เลือกสถิติสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ค่ากำลังการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 การทดสอบทางเดียว (one-tailed) ค่าความคลาดเคลื่อน (error) .05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากวิจัยของ Protcharoen et al. (2023) เท่ากับ .90 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 28 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการติดตาม จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Kaewkangwan, 2019) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยการโดยมี เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 20 - 32 สัปดาห์ 2) ตั้งครรภ์เดี่ยว 3) ไม่เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน ตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย ฉบับพ.ศ. 2566 (Department of Medical services, 2023) 4) สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 5) มีโทรศัพท์มือถือพร้อมสัญญาณอินเทอร์เน็ต และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ย้ายที่อยู่ หรือย้ายสถานที่รับบริการฝากครรภ์หรือไม่มาตรวจครรภ์ตามนัด และเกณฑ์การยกเลิก คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเกิดขึ้นขณะอยู่ระหว่างร่วมการการวิจัย เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตกเลือดก่อนคลอด หรือ เกิดความผิดปกติทางด้านสุขภาพจิต 2) ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ และ 3) เข้าร่วมการทดลองไม่ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด หรือต้องการยุติการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และความตั้งใจในการมีบุตร

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (Department of Medical services, 2023; Ministry of Public Health, 2017) จำนวน 15 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การฝากครรภ์คุณภาพ จำนวน 5 ข้อ การลดปัจจัยเสี่ยง จำนวน 7 ข้อ และการตัดสินใจพบแพทย์ จำนวน 3 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน เป็นข้อความทางบวกทุกข้อ เช่น “ท่านเข้ารับบริการฝากครรภ์ตรงตามนัด” “ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม” “ท่านงดทำงาน

ที่ต้องใช้แรงงานหนัก หรือยกของหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม” “ท่านรีบมาโรงพยาบาลทันที เมื่อมีอาการท้องแข็งอย่างน้อย 3 - 4 ครั้ง ใน 1 ชั่วโมง” คัดคะแนนรวมระหว่าง 1 – 60 คะแนน จำแนกคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Bloom, 1976)

ระหว่าง 48 – 60 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	หมายถึง ระดับดี
ระหว่าง 36 – 47 คะแนน (ร้อยละ 60.00 - 79.90)	หมายถึง ระดับปานกลาง
ระหว่าง 1 – 35 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	หมายถึง ระดับต่ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับสตรีตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Department of Medical services, 2023; Ministry of Public Health, 2017; Protcharoen et al., 2023) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่สูติแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ มีค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .90 และ .89 ตามลำดับ นำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

1. ดำเนินการทดลองกับกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน ในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2567 - 10 กุมภาพันธ์ 2568 ที่แผนกฝากครรภ์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยชี้แจงให้ข้อมูลตามขั้นตอนพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และมีการลงนามแสดงความยินยอมภายหลังที่ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (pretest) โดยใช้เวลา 10 นาที ก่อนเข้ารับบริการตรวจครรภ์

2. ให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ (การพยาบาลตามปกติ) ครอบคลุมการใช้สมุนไพรที่สุขภาพแม่และเด็ก (สมุนไพร) ความสำคัญของการฝากครรภ์และการมาตรวจครรภ์ตามนัด การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การพักผ่อน การทำงาน การรักษาความสะอาดร่างกาย การแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (pretest) โดยใช้เวลารายละ 10 นาที จนครบตามจำนวน 30 ราย และเมื่อครบเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างให้ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง

(posttest) ภายหลังการตรวจครรภ์ในวันที่มาตรวจตามนัด และแจกเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ที่มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด

กลุ่มทดลอง

1. ดำเนินการในช่วงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2568 - 30 เมษายน 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งแจ้งให้ข้อมูลตามขั้นตอนพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง คือขอความร่วมมือด้วยความสมัครใจ และมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมการศึกษาสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีผลต่อการบริการดูแลรักษาพยาบาลที่จะได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อม จากนั้นมีการลงนามแสดงความยินยอม ภายหลังที่ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ใช้เวลา 10 นาที จากนั้นเข้ากิจกรรมเสริมความรู้การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ (การพยาบาลตามปกติ) ซึ่งเป็นกิจกรรมเหมือนกับกลุ่มควบคุมทุกประการ

2. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นรายบุคคล รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ขั้นตอนและกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

สัปดาห์	ขั้นตอน	กิจกรรม
1	การค้นพบสภาพการณ์จริง ใช้เวลา 20 นาที	- การสร้างสัมพันธภาพพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันเป็นรายบุคคล - ให้หญิงตั้งครรภ์สำรวจปัญหา และความเสี่ยงของตนเอง ผลกระทบจากการคลอดก่อนกำหนด - ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ความสำคัญ ผลกระทบ อาการเตือน และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
	การสะท้อนความคิด อย่างมีวิจารณญาณ ใช้เวลา 20 นาที	- หญิงตั้งครรภ์สะท้อนคิดเกี่ยวกับการพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ซึ่งอาจเป็นความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด - ผู้วิจัยสะท้อนถึงความสามารถในปรับเปลี่ยน หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง
	การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสมและ ลงมือปฏิบัติ ใช้เวลา 20 นาที	- หญิงตั้งครรภ์กำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด - ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมและตอบข้อสงสัยของหญิงตั้งครรภ์ - หญิงตั้งครรภ์เข้ากลุ่มไลน์ “baby สมบูรณ์” เพื่อสื่อสารการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน หรือที่ทำงานระหว่างวัน เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค หรือสงสัยอาการเตือนที่อาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด โดยมีข้อตกลงว่าเป็นกลุ่มไลน์สำหรับสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเท่านั้น

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์	ขั้นตอน	กิจกรรม
2 และ 3	การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ	ผู้วิจัยติดตามรายบุคคล ผ่านโทรศัพท์/ไลน์ เพื่อพูดคุย สอบถามปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์
4	ประเมินพฤติกรรมป้องกัน การคลอดก่อนกำหนด	นัดหมายทำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (posttest) ในวันที่ตรงกับวันนัดตรวจครรภ์

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนจากแบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของอายุ อายุครรภ์ และรายได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) เปรียบเทียบสัดส่วนของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และความตั้งใจในการมีบุตร ใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test: χ^2) และทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า $p\text{-value} > .05$ แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติ (normality)
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี รหัสโครงการ RBHEC 059/67 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2567 ข้อมูลการวิจัยถือเป็นความลับ เก็บรักษาข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัสผ่าน จึงจะสามารถเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้ นำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลได้ และทำลายเอกสารทั้งหมดหลังจากสิ้นสุดการวิจัยภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 28.24 ปี ($SD = 5.76$) อายุครรภ์เฉลี่ย 26.12 สัปดาห์ ($SD=3.57$) และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 18,564 บาท ($SD = 5,832$) ส่วนสตรีตั้งครรภ์กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 27.92 ปี ($SD=5.83$) อายุครรภ์เฉลี่ย 25.84 สัปดาห์ ($SD = 3.68$) และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 19,204 บาท ($SD = 5,652$) นอกจากนี้ ยังพบว่า สถานภาพสมรส

ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และความตั้งใจในการมีบุตร หลังจากการทดสอบความแตกต่างพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี)	$M=28.24, SD=5.76$	$M=27.92, SD=5.83$	.197 ^a	.845
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	$M=26.12, SD=3.57$	$M=25.84, SD=3.68$	.275 ^a	.785
รายได้ของครอบครัว (บาท)	$M=18,564, SD=5,832$	$M=19,204, SD=5,652$	.391 ^a	.698
สถานภาพสมรส			.278 ^b	.472
คู่	26 (86.67)	27 (90.00)		
แยกกันอยู่	4 (13.33)	3 (10.00)		
ระดับการศึกษา			.277 ^b	.871
ประถมศึกษา	5 (16.67)	6 (20.00)		
มัธยมศึกษา	16 (53.33)	14 (46.67)		
ปริญญาตรี	9 (30.0)	10 (33.33)		
อาชีพ			.910 ^b	.923
รับจ้าง	10 (33.33)	11 (36.67)		
งานบ้าน	8 (26.67)	6 (20.00)		
ค้าขาย	7 (23.33)	6 (20.00)		
เกษตรกรรม	3 (10.00)	5 (16.67)		
ข้าราชการ	2 (6.67)	2 (6.67)		
รายได้			.131 ^b	.718
เพียงพอ	26 (86.67)	25 (83.33)		
ไม่เพียงพอ	4 (13.33)	5 (16.67)		
ความตั้งใจในการมีบุตร			.741 ^b	.389
ตั้งใจ	26 (86.67)	28 (93.33)		
ไม่ตั้งใจ	4 (13.33)	2 (6.67)		

a = independent t-test, b = Chi-square test

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ย ($M = 51.18, SD = 3.23$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 30.57, SD = 2.59$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 29.83, p < .001$) เมื่อแยกพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นรายด้าน พบว่า ทั้ง 3 ด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($n = 30$)

ด้าน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Mean difference	t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ			
การฝากครรภ์	10.80	2.58	ต่ำ	17.48	1.99	ดี	-6.68	14.37*	<.001
การลดปัจจัยเสี่ยง	15.52	2.43	ต่ำ	23.03	2.08	ดี	-7.51	13.08*	<.001
การตัดสินใจพบแพทย์	4.26	1.39	ต่ำ	10.67	1.03	ดี	-6.41	20.21*	<.001
โดยรวม	30.57	2.59	ต่ำ	51.18	3.23	ดี	-20.61	29.83*	<.001

* $p < .001$

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์โดยใช้กระบวนการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ($M = 51.18$, $SD = 3.23$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 42.08$, $SD = 3.19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 11.26$, $p < .001$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามปกติ

ด้าน	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)			กลุ่มควบคุม ($n = 30$)			Mean difference	t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ			
การฝากครรภ์	17.48	1.99	ดี	15.45	1.80	ปานกลาง	2.03	3.76	<.001
การลดปัจจัยเสี่ยง	23.03	2.08	ดี	19.13	1.99	ปานกลาง	3.90	8.70	<.001
การตัดสินใจพบแพทย์	10.67	1.03	ดี	7.50	1.64	ปานกลาง	3.17	8.98	<.001
โดยรวม	51.18	3.23	ดี	42.08	3.19	ปานกลาง	9.10	11.26*	<.001

* $p < .001$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Gibson, 1991) เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองได้ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของตนเองได้อย่าง

เหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติพบว่า ช่วยให้ผู้สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ (Kongngurn et al., 2016) และช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ และมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดจันทบุรี เกิดความเชื่อมั่นและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม (Protcharoen et al., 2023) ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) ซึ่งระบุว่า การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น ต้องเกิดจากการตระหนักรู้และเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง โดยกิจกรรมของโปรแกรมช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดกระบวนการสำคัญ 4 ขั้นตอน อภิปรายผลได้ ดังนี้

การให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์เป็นกระบวนการส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจถึงสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบจากการคลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ถึงความเสี่ยงของตนเองเป็นรายบุคคล ช่วยส่งเสริมให้มารดาเกิดการค้นพบสภาพการณ์จริง ซึ่งการที่หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจและการรับรู้ความเสี่ยงที่ถูกต้อง ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการคลอดก่อนกำหนดที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Timsin and Wangpitipanit (2025) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ไทย โดยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ และการเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์พูดคุยทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่อาจเป็นความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่ผ่านมา ซึ่งเป็นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการตัดสินใจ เกิดพลังอำนาจแห่งตน จึงแสวงหาทางเลือกเพื่อจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ดังผลการศึกษาของ Buakhai et al. (2019) พบว่าการที่หญิงตั้งครรภ์ได้ร่วมกันสะท้อนคิดถึงพฤติกรรมดูแลตนเอง ทำให้เข้าใจถึงสถานการณ์ที่เป็นจริงและสามารถนำข้อมูลที่ได้ปรับไปใช้ในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของตนเอง

นอกจากนี้ ในโปรแกรมยังมีกระบวนการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง และลงมือปฏิบัติจริง โดยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจจนสามารถกำหนดเป้าหมาย และตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมและดีที่สุดกับตนเอง เป็นการเพิ่มขีดความสามารถและการรับรู้คุณค่าของตนเอง พร้อมทั้งจะลงมือปฏิบัติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Buakhai et al. (2019) ที่พบว่า การส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์กำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง ทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในการเลือกพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมกับตน และขั้นตอนสุดท้าย คือ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นการให้กำลังใจเสริมพลัง ตอบข้อสงสัยและการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง เป็นรายบุคคล ผ่านโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ จึงมีส่วนช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และส่งผลให้สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนด

คลอดได้ ดังผลการศึกษาของ Kongngurn et al. (2016) ที่พบว่า การติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน การคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ Protcharoen et al. (2023) ซึ่งเป็นการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยให้การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพได้เช่นเดียวกัน

โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดนี้ มุ่งเน้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยการให้ความรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์และแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นวิธีการที่สอดคล้องกับวิถีการใช้ เทคโนโลยีในชีวิตประจำวันที่เข้าถึงง่าย ผ่านขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจแห่งตน และการวางแผน เลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง พร้อมกับการได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อพบปัญหา จะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาล การที่สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงได้รับการติดตามพฤติกรรมที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ ในการจัดการความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี และเกิดผลลัพธ์ของการป้องกัน การคลอดก่อนกำหนด เหมาะสมกับบริบทของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการจากโรงพยาบาลราชบุรี ที่ต้องมุ่งเน้น การป้องกันในระดับปฐมภูมิ และความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ จนเกิดผลลัพธ์ ของการตั้งครรภ์จนครบกำหนด ลดปัญหาจากการคลอดก่อนกำหนดได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากมีระยะเวลาการติดตามผลการวิจัยจำกัด ทำให้ไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของ พฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด หรือคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์สุขภาพในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการดูแล สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะในคลินิกฝากครรภ์ที่มีอัตราการคลอดก่อน กำหนดสูง โดยผนวกโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจเข้ากับการให้ความรู้ในโรงเรียนพ่อแม่และติดตามการ คงไว้ซึ่งพฤติกรรมต่อเนื่องตามช่วงเวลาของการนัดตรวจครรภ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มควบคุม (randomized controlled trial) หรือการทดลอง แบบสุ่มกลุ่ม (cluster randomized trial) เพื่อติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และวัดผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักทารกแรกคลอด การเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (newborn intensive care unit: NICU) และวัดประสิทธิผลในเชิงเศรษฐศาสตร์ (cost effectiveness)

เอกสารอ้างอิง

- Bloom, S. (1976). *Human characteristics and school learning*. McGraw-Hill.
- Buakhai, P., Rithpo, P., & Inkwaee, T. (2019). The effects of empowerment program on knowledge, perception, and health behavior during pregnancy and postpartum among incarcerated pregnant and postpartum women. *Journal of Nursing and Health Research*, 20(1), 28–39. (in Thai)
- Chawanpaiboon, S., Titapant, V., Anuwutnavin, S., Kanjanapongporn, A., & Pooliam, J. (2021). Identifying the barriers to universal cervical length screening for preterm birth prevention at a tertiary hospital in Thailand (patient's perspectives): Implementation research. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 304(5), 1179–1188. <https://doi.org/10.3390/healthcare11071039>
- Crump, C., Sundquist, J., Winkleby, M. A., & Sundquist, K. (2019). Preterm birth and risk of chronic kidney disease from childhood into mid-adulthood. *BMJ*, 365, l1346. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1346>
- Delnord, M., & Zeitlin, J. (2019). Epidemiology of late preterm and early term births—An international perspective. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 24(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2018.09.001>
- Department of Medical services. (2023). *Guidelines for the prevention of premature birth for Thailand, 2023 Edition*. Department of Medical services, Ministry of Public Health (in Thai)
- Department of Obstetrics and Gynecologic Nursing, Ratchaburi Hospital. (2024). *Annual report for fiscal years 2022 – 2024*. Department of Obstetrics and Gynecologic Nursing, Ratchaburi Hospital. (in Thai)
- Ezbakhe, F., & Pérez-Foguet, A. (2020). Child mortality levels and trends: A new compositional approach. *Demographic Research*, 43, 1263–1296. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2020.43.43>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354–361. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
- Kaewkangwan, C. (2019). *A guide for new researchers: Applications of epidemiology and biostatistics in biomedical research*. G.S.M. Trading.

- Kongngurn, P., Wong-asa, W., & Sombatsirinun, K. (2016). Impacts of an empowerment programme for pregnant women with preterm birth risks and their husbands on their health-promoting behaviour, number of preterm births and low birth-weight infants. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(3), 67–82. (in Thai)
- Medical Information Repository, Ministry of Public Health. (2024). *Percentage of Thai women delivering preterm in fiscal year 2022. Maternal and child health standards reporting group*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d> (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2017). *National reproductive health development policy and strategy No.2 (2017-2026) on promoting quality birth and growth to ensure quality pregnancies*. <https://hhdc.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/hhdc/n2210.pdf>
- Protcharoen, M., Siriarunrat, S., & Suppasri, P. (2023). Effects of the empowerment program with Line application on health behaviors and recurrent preterm labor among women having preterm labor. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 31(3), 1–12. (in Thai)
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2024). *Key Performance Indicators (KPIs) of the Ministry of Public Health, Fiscal Year 2024*. <https://spd.moph.go.th/kpi-template-2567/>
- Timsin, N., & Wangpitipanit, S. (2025). The effects of a health literacy promotion program for prevention of preterm birth among pregnant women who received antenatal care services in the hospital based. *Women and Children Nursing*, 3(1), 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.wcn.2025.01.003>
- United Nations. (2022). *Goal 3. Ensure healthy lives and promote Well-being for all at all ages*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
- Walani, S. R. (2020). Global burden of preterm birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150(1), 31-33. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13195>
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- World Health Organization. (2025). *Incorporation of the World Prematurity Day into the WHO calendar, to strengthen approaches to prevent preterm births and treat and care for preterm infants*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R17-en.pdf