

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด

Received: 3 August 2022

Revised: 17 October 2022

Accepted: 30 Decemberr 2022

ประชุมพร สุวรรณรัตน์, พย.ม.¹ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์, พย.ม.²ศศิธร คำพันธ์ พย.ม.²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษาสองกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลต้ง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด และแบบบันทึกผลลัพธ์ของการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติไคสแควส์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกันทางสถิติ โดยพบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ร้อยละ 6.67 และ 16.67 ตามลำดับ ส่วนอัตราการคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยไม่พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลอง แต่พบในกลุ่มควบคุมถึงร้อยละ 30 ดังนั้นการใช้โปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอดได้นั้น จำเป็นต้องส่งเสริมศักยภาพให้สตรีตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การคลอดก่อนกำหนด, การส่งเสริมศักยภาพ

1 Corresponding Author , พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลต้ง E-mail:p_suwanrat@hotmail.com

2 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ต้ง

Effects of Empowerment Program for pregnant women at risk of preterm labor on the prevalence of preterm Labour and preterm delivery

Prachomporn Suwanrat M.N.S.¹,Tippawan boonyaporn M.N.S.²,Sasitorn kumpan M.N.S.²

Abstract

This research was quasi-experimental, a two-group study comparing experimental and control groups to study an empowerment program for pregnant women at risk of preterm labor. Pregnant women at Trang Hospital who were at risk of preterm labor were included in the study. The sample group was divided into a control group that received standard prenatal care, and an experimental group that received an empowerment program for pregnant women at risk of preterm labor, 30 per group. The instruments for the intervention consist of 1) an empowerment program for pregnant women at risk of preterm labor 2) preterm labor knowledge measurement and 3) the birth outcome record. The data were analyzed using descriptive statistics and Chi-squared statistics.

The results showed that the prevalence of preterm labor was not significantly different between the experimental group and the control group. The prevalence of preterm labor in the experimental group and the control group was 6.67% and 16.67%, respectively. The experimental and control groups had a significant difference in the prevalence of preterm delivery (P. 05). The experimental group did not find any preterm birth, while the control group found 30 percent of preterm deliveries. The results of this study suggest that utilizing empowerment programs for pregnant women at risk of preterm labor will enable them to prevent preterm labor and remain pregnant until full term. It is necessary to empower the pregnant woman to practice behaviors that prevent preterm birth.

Keywords: preterm labor, preterm delivery, risk of preterm labor, empowerment

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยยังเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งทางสูติกรรม การคลอดก่อนกำหนดเป็นการคลอดตั้งแต่ 24 สัปดาห์จนถึงการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์หรือ 259 วันของการตั้งครรภ์¹ โดยการคลอดก่อนกำหนดจะมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลัก จึงมักมีการวินิจฉัยโดยใช้อาการทางคลินิกของสตรีตั้งครรภ์มาประกอบ ได้แก่ อาการเจ็บครรภ์คลอดที่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 6 ครั้งใน 60 นาที และปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป และ/หรือปากมดลูกมีการเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร² การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50 – 80³ ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 5.0-18.0 ของการเกิดมีชีวิต 100 ราย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้นเฉลี่ย 12 ล้านคน/ปี⁴ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 8-12 หรือประมาณ 80,000 รายต่อปี⁵ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขของไทยให้ความสำคัญกับปัญหาทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย จึงมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดในแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์

แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ⁶ สำหรับโรงพยาบาลตั้งปี พ.ศ. 2563-2564 พบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในปี 2563-2564 ร้อยละ 11.41, 12.21 ตามลำดับ ส่วนอัตราทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.26 และ 11.38⁷ ซึ่งเกินกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7 และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่เกินร้อยละ 9

การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก ทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากต้องรับการรักษาด้วยยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการใจสั่น มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ กระวนกระวาย นอนหลับยาก หายใจไม่สุด และอาจรุนแรงมากจนเกิดภาวะน้ำคั่งในปอดได้¹ นอกจากนี้ยังทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอาการไม่มั่นคง การรับรู้ลดลง หงุดหงิดง่าย เกิดความรู้สึก ไม่แน่นอน มีความเครียดและวิตกกังวล บางรายมีอาการซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยวและเบื่อหน่าย รู้สึกขัดแย้งในบทบาทของตนเองที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง³ รวมถึงมีการใช้ค่าใช้จ่ายและงบประมาณที่สูงในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด ในอเมริกามีค่าใช้จ่าย 8.4 พันล้านดอลลาร์ต่อปี และยังมีค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของทารกแรกเกิดที่สูงจากการที่ทารกแรกเกิดต้องรักษาในห้องอภิบาลทารกแรกเกิด โดยมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เฉลี่ย 76,153 ดอลลาร์⁸ และใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานเฉลี่ยร้อยละ 2-3 เดือน ประเทศไทยมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 175,000 บาทต่อราย และประเทศต้องใช้งบประมาณดูแลปีละไม่ต่ำกว่า 5,000 ล้านบาทต่อปี⁹ การคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ของทารกยังไม่สมบูรณ์ มีอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) มีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS) อาจมีภาวะแทรกซ้อน ลำไส้เน่าเปื่อย ภาวะ จอตาเจริญผิดปกติหรือโรคปอดเรื้อรัง ถือเป็นภาระของครอบครัวเป็นอย่างมาก นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการตายของทารกแรกเกิด¹⁰ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) หมายถึงการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) หมายถึงการปฏิบัติเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหดตัวของมดลูกและการเปิดของปากมดลูก¹¹ ซึ่งในการบริการทางสุขภาพเพื่อป้องกันการการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคลอดก่อนกำหนดพบว่า สาเหตุสำคัญของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด คือ สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ ไม่เพียงพอเรื่องการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด มีผลทำให้มารับบริการช้าขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อมีภาวะผิดปกติ¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการจัดทำโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลายโปรแกรม ซึ่งส่วนใหญ่เน้นการให้ข้อมูลเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักและเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ซึ่งมีการเสนอแนวคิดการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมศักยภาพของ Gibson¹³ ซึ่งกระบวนการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์จะช่วยทำให้บุคคลได้เรียนรู้ ตระหนัก และพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา การแสวงหาและการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง ทั้งนี้การส่งเสริมศักยภาพเป็นสิ่งที่บุคคลหรือกลุ่มเพิ่มอำนาจในการควบคุมตนเองเท่านั้นและไม่สามารถรับโดยตรงจากผู้อื่น เช่น แพทย์พยาบาล แต่ต้องสร้างกระบวนการสนับสนุนให้กลุ่มหรือบุคคลนั้นมีความสามารถเพิ่มขึ้นเพื่อใช้ในการตัดสินใจสำหรับควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ การส่งเสริมศักยภาพประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสภาพการณ์จริง (discovering reality) เป็นความพยายามทำให้สตรีตั้งครรภ์ยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาหรือสภาพตนเองในปัจจุบัน เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดในสถานการณ์สภาพปัญหา (critical rejection) เป็นการฝึกทักษะเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ มีการตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีการแสวงหาทางเลือกและพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง (taking charge) เป็นขั้นตอนที่สตรีตั้งครรภ์มีการพิจารณาเลือกวิธีปฏิบัติ

เหมาะสมและดีที่สุด เพื่อควบคุมหรือป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจของตนเอง ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ หากสตรีตั้งครรภ์นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติแล้วเกิดปัญหา ทั้งพยาบาลและสตรีตั้งครรภ์ร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหา เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความมั่นใจและมีศักยภาพที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด¹³ ทั้งนี้กระบวนการจะเน้นให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและยา การรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมประจำวันและการพักผ่อน และการจัดการความเครียด เพื่อเป็นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งการศึกษานี้ใช้กิจกรรมรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด นำไปสู่ผลลัพธ์ของอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดที่ลดลงได้ จากกระบวนการของการส่งเสริมศักยภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการส่งเสริมศักยภาพของ Gibson¹³ มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีประสิทธิภาพและเฉพาะเจาะจงกับสตรีตั้งครรภ์แต่ละราย เพื่อส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถดูแลตนเองและสังเกตอาการผิดปกติที่มารโรงพยาบาลได้ทันเวลา และทำให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครรภ์ครบกำหนดคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษามลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด

สมมติฐาน

1. อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน
2. อัตราการคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹³ ซึ่งเชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม โดยใช้ขั้นตอนสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical rejection) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ทั้งนี้เน้นให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและยา การรับผิดชอบต่อสุขภาพ และกิจกรรมประจำวันและการพักผ่อน ซึ่งการศึกษานี้ใช้กิจกรรมรายกลุ่มจำนวน 3 ครั้งและเป็นกิจกรรมรายบุคคลจำนวน 6-8 ครั้ง เพื่อส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเขียนเป็นกรอบแนวคิดดังแสดงในภาพที่ 1

โปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กิจกรรมรายกลุ่ม

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด พร้อมทั้งคู่มือเรื่อง “ไขข้อข้องใจที่คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด”

ครั้งที่ 2 (ตามนัดการฝากครรภ์ปกติของสตรีตั้งครรภ์ทุก 1-2 สัปดาห์) ประเมินความเข้าใจปัญหาการคลอดก่อนกำหนด สอนการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองรวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ วางแผนและกำหนดพฤติกรรมลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ครั้งที่ 3 (ตามนัดการฝากครรภ์ปกติของสตรีตั้งครรภ์ทุก 1-2 สัปดาห์) ติดตามผลในการปฏิบัติตามแผนการลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทบทวนการจดบันทึกและการติดต่อสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์และกลุ่มไลน์ (Line) ตามคู่มือ

กิจกรรมรายบุคคล

- 1) การติดตามและประเมินอาการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในการนัดฝากครรภ์ตามปกติ
- 2) การติดตามผ่านทางโทรศัพท์และไลน์ (Line)

อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์
คลอดอัตราการคลอดก่อน
กำหนด

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดหลังทดลอง เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลตรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรังระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 - กันยายน 2565 กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ อายุครรภ์ระหว่าง 24-28 สัปดาห์ มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดตามแบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างน้อย 1 ข้อ สามารถตรวจตามนัดที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง ทุก 1-2 สัปดาห์ได้ สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ตลอดการวิจัย สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้และไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูดหรือใช้ภาษา หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างน้อย 1 ครั้งหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์จะถือเป็นเกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโพลิตและเบค¹⁵ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .95 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ซึ่งการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากงานวิจัยของสุพัตรา ปิ่นแก้วและคณะ¹⁶ คำนวณได้ขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างเท่ากับ 1.77 ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับลดขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างเหลือ .80 จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโพลิตและเบค ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกลุ่มละ 25 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย และเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละร้อยละ 20 (Attrition Rate) เป็นกลุ่มละ 30 ราย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มโดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจับสลากได้กลุ่มตัวอย่างที่นัดฝากครรภ์วันจันทร์และวันอังคารเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่นัดฝากครรภ์วันพุธและวันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มี 2 ชุด ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 กิจกรรม เป็นกิจกรรมรายกลุ่มจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดพร้อมทั้งคู่มือ ครั้งที่ 2 ประเมินความเข้าใจปัญหาการคลอดก่อนกำหนด สอนการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองรวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ วางแผนและกำหนดพฤติกรรมลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และครั้งที่ 3 ติดตามผลการปฏิบัติตามแผนการลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทบทวนการจดบันทึก ส่วนกิจกรรมรายบุคคลจำนวน 6-8 ครั้งกิจกรรมรายบุคคล เป็นการติดตามและประเมินอาการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและติดตามผ่านทางโทรศัพท์และไลน์ (Line) โดยโปรแกรมประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้าง พลังอำนาจของ Gibson¹³ ใช้ขั้นตอนสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical rejection) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์สาขาการพยาบาลสูติศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพแผนกสูติกรรม 1 ท่าน ให้ข้อเสนอแนะและนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 24 ข้อ และ 2) แบบบันทึกผลลัพธ์ของการทดลอง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 11 ข้อ ข้อมูลสูติกรรมจำนวน 11 ข้อ ผลลัพธ์ด้านมารดาจำนวน 4 ข้อ และผลลัพธ์ด้านทารกจำนวน 4 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) ได้ค่า S-CVI 0.99 และ 1.00 ตามลำดับ ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.71 และ 0.88 ตามลำดับ

3. การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยอธิบายวิธีการและขั้นตอนให้พยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ทราบ เพื่อความเข้าใจในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน ก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธและสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่มีผลต่อการรักษาและข้อมูลจะเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามยินยอม ทั้งนี้โครงร่างการวิจัยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตรัง (รหัส ID 011/05-2565) จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยในกลุ่มควบคุมซึ่งนัดฝากครรภ์วันจันทร์และวันอังคารจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยร่วมกิจกรรมกลุ่มของแผนกฝากครรภ์จำนวน 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มทดลองที่นัดฝากครรภ์วันพุธและวันพฤหัสบดีได้รับการส่งเสริมศักยภาพ สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดำเนินการกิจกรรมรายกลุ่ม 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด และการค้นหาปัญหาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของตนเอง ครั้งที่ 2 เสริมทักษะการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแก่สตรีตั้งครรภ์ ให้สตรีตั้งครรภ์วางแผนและกำหนดพฤติกรรมลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ชี้แจงการจดบันทึกการหดตัวของมดลูกในคู่มือไขข้อข้องใจที่คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทบทวนการสอบถามพูดคุยผ่านทางโทรศัพท์และกลุ่มไลน์ (Line) ครั้งที่ 3 ติดตามผลการปฏิบัติตามแผนการลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประเมินสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง ทบทวนการจดบันทึกเมื่อมีอาการ จากนั้นเป็นกิจกรรมรายบุคคลจำนวน 6-8 ครั้ง โดยติดตามและประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในการนัดฝากครรภ์ตามปกติของสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงการติดตามผ่านทางโทรศัพท์และไลน์ (Line) โดยผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามหรือสอบถามทางไลน์ทุกสัปดาห์ เพื่อประเมินอาการผิดปกติ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ด้วยแบบประเมินความรู้และติดตามข้อมูลการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยคำนวณหาความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด และผลลัพธ์การคลอดและใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 20	8	26.67	3	10.00
	20-35	17	56.67	19	63.33
	มากกว่า 35	5	16.66	8	26.67
สถานภาพ	โสด	0	0	1	3.30
	คู่	29	96.70	27	90.00
	หม้าย/แยก	1	3.30	2	6.70
ศาสนา	พุทธ	29	96.70	29	96.70
	อิสลาม	1	3.30	1	3.30
ระดับการศึกษา	ประถม	4	13.30	5	16.70
	มัธยมศึกษาตอนต้น	9	30	12	40
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	14	46.70	9	30
	ปริญญาตรี	3	10	3	10
	สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	1	3.30
การพักอาศัย	อยู่กับสามี	12	40	19	63.30
	อยู่กับสามีและครอบครัว	16	53.30	9	30.00
	อยู่กับพ่อแม่และแยกกับสามี	2	6.70	2	6.70
อาชีพ	ทำสวน	4	13.30	2	6.70
	ค้าขาย	3	10	6	20
	รับจ้าง	11	36.70	10	33.30
	ราชการ	0	0	1	3.30
	แม่บ้าน	11	36.70	11	36.70
	อื่นๆ	1	3.30	0	0
รายได้ (บาท)	ต่ำกว่า 10000	26	86.67	19	63.33
	10,001-20,000	3	10	9	30
	20,001-30,000	1	3.33	2	6.67

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนการตั้งครรภ์	1	9	30	5	16.70
	2	16	53.30	11	36.70
	3	4	13.30	8	26.70
	มากกว่า 4	1	3.30	6	20
ประวัติการแท้ง	มี	26	86.70	23	76.70
	ไม่มี	4	13.30	7	23.30
จำนวนการฝากครรภ์	1-8 ครั้ง	8	26.67	17	56.67
	มากกว่า 8 ครั้ง	22	73.33	13	43.33
ฝากครรภ์ครั้งแรก	ก่อน 12 สัปดาห์	24	80	20	66.67
	หลัง 12 สัปดาห์	6	20	10	33.33
อายุครรภ์ที่คลอด	น้อยกว่า 37 สัปดาห์	0	0	9	30
	มากกว่า 37 สัปดาห์	30	100	21	70
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ	17	56.70	14	46.70
	ไม่เพียงพอ	13	43.30	16	53.30
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	ต่ำกว่า 150	5	16.67	3	10.00
	151-160	18	60	18	60
	160-170	7	23.33	9	30
น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)	ต่ำกว่า 50	4	13.33	7	23.33
	51-60	6	20	8	26.67
	61-70	0	0	8	26.67
	71-80	12	40	5	16.67
	มากกว่า 80	5	16.67	2	6.67
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น	1-5	2	6.67	5	16.67
ระหว่างตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)	5.1-10	14	46.67	12	40
	10.1-15	11	36.67	8	26.67
	15.1-20	3	10	5	16.67

2. อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน โดยพบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองร้อยละ 6.67 ขณะที่กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 16.67 ดังตารางที่ 1

3. อัตราการคลอดก่อนกำหนด พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยกลุ่มทดลองไม่พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ขณะที่กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 30 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=30)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	P-value
	เกิด	ไม่เกิด	เกิด	ไม่เกิด		
เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	2 (6.67)	28 (93.33)	5 (16.67)	25 (83.33)	1.239	0.426
คลอดก่อนกำหนด	0 (0.0)	30 (100)	9 (30)	21 (70)	10.58	0.002

การอภิปรายผล

1. อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน โดยพบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ร้อยละ 6.67 (2 คน) และ 16.67 (5 คน) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าร้อยละที่พบในงานวิจัยต่างกันร้อยละ 10 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมนี้สามารถลดอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 10 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่าการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹³ ซึ่งช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้ ตระหนัก และพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา การแสวงหาและการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง ทั้งนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งที่บุคคลหรือกลุ่มเพิ่มอำนาจในการควบคุมตนเองเท่านั้นและไม่สามารถรับโดยตรงจากผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น ในการจัดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่เป็นกระบวนการรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดังกล่าว 2 กิจกรรม เป็นกิจกรรมรายกลุ่มจำนวน 3 ครั้งและเป็นกิจกรรมรายบุคคลจำนวน 6-8 ครั้ง ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ ถึงแม้จะเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แต่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อประคับประคองให้สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดได้ ดังงานวิจัยของปิยะนุช เมฆฉาย¹⁷ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวร่วมกับการสนับสนุนของสามีมีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.766, p < .001$) ถึงแม้ในการวิจัยครั้งนี้อัตราการเกิดภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับงานวิจัยของอุษา คงคาและคณะ¹⁸ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อันเนื่องมาจากโปรแกรมหุ่นส่วนทางการพยาบาลยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูลไม่เพียงพอ และมีปัญหาบางประการที่สตรีตั้งครรภ์ยังไม่สามารถแก้ไขได้ ในงานวิจัยครั้งนี้อาจมีสาเหตุและปัจจัยส่วนบุคคลที่การดำเนินการวิจัย ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การทำงาน อายุของมารดา จำนวนการตั้งครรภ์ เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ ด้วย และทำวิจัยในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยมีความชัดเจนมากขึ้น อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้พบ อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 6.67 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมพบภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 5 คนร้อยละ 16.67 เมื่อพิจารณาค่าร้อยละที่พบในงานวิจัยต่างกันร้อยละ 10 ซึ่งกลุ่มควบคุมนั้นจะได้รับความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 2 ครั้ง เป็นการให้ความรู้แบบรายกลุ่ม แต่ไม่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดรายบุคคลเหมือนกลุ่มทดลอง จึงอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่อาจไม่เพียงพอที่จะป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. อัตราการคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และในกลุ่มทดลองไม่พบการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 100 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹³ ซึ่งช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้เรียนรู้ ตระหนัก และพัฒนาความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผ่านการจัดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมรายกลุ่มจำนวน 3 ครั้งและเป็นกิจกรรมรายบุคคลจำนวน 6-8 ครั้ง เพื่อส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ และทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด จากข้อมูลในกลุ่มทดลอง 2 รายที่คิดเป็นร้อยละ 6.67 มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มารับการรักษาในโรงพยาบาลเร็วขึ้น ซึ่งปากมดลูกเปิดแรกเริ่มไม่เกิน 1 เซนติเมตร ทำให้ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จ สามารถตั้งครรภ์ต่อจนคลอดครบกำหนดได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพัตรา ปิ่นแก้วและคณะ¹⁶ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและ การคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และงานวิจัยของทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์และคณะ¹⁹ พบว่าสัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องนอนโรงพยาบาลและสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.017$, $p = 0.010$) จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากคะแนนความรู้ที่เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดที่กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้นี้มากกว่า ร้อยละ 80 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างร้อยละ 60-79.99 ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ ทำให้สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนด

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยสามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดและและอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ใช้คู่มือโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล
2. ขยายผลการวิจัยเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. ชีระ ทองสง, บรรณิการ. สุติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams obstetrics* (25 ed.). New York : McGraw-Hill Education; 2018.
3. Ding XX, Wu YL, Xu SJ, Zhu RP, Jua XM, Zhang SF, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord* 2014;159:103–10.
4. World Health Organization. World Prematurity Day 2012 [Online]. [Cited September 18, 2019]. Available from: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121117_world_prematurity_day/en/index1.html. 2019
5. อุ๋นใจ กอนันตกุล. บทความวิชาการ: การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันรักษา. *สูตินรีแพทย์สัมพันธ์* 2562;28, 8-15.
6. กองนโยบายและแผน. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

7. ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC). สถิติการคลอดก่อนกำหนดของจังหวัดตรัง; 2564
8. Beam AL, Fried I, Palmer N, et al. Estimates of healthcare spending for preterm and low-birthweight infants in a commercially insured population: 2008–2016. *J Perinatal* 2020;40,1091–099.
9. ณัฐญา เนตรหิน. สธ.เผยสถิติหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด 6.4-8 หมื่นคน/ปีกว่า1หมื่นรายเด็กต้องอยู่ICU. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 22 เมษายน 2565] เข้าถึงได้จากhttp://www.thanonline.com/index.php?option=com_content&view=article&id=151171:64-8-1icu
10. จีวรพรรณ บัวแย้ม, เพ็ญบุหลัน ยาปานและสุจิตตรา พงศ์ประสพชัย. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *รวมาริบัติพยาบาลสาร* 2562;25:243-54.
11. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. *Obstetrics & Gynecology*. 2016;128(4):e155-e64.
12. วิไลรัตน์ วิศวะไพศาล, บุญช่วย ศรีธรรมศักดิ์, สาธิษฐ์ นากกระแสน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2559;8:83-90.
13. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs* 1995;21: 1201-10.
14. ประไพรัตน์ แก้วศิริ, ศิริภรณ์ เหมะธูลิน, พิมลพรรณ อันสุข,และพรรณยุพา เนาว์ศรีสอน. การส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: บทบาทพยาบาล. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2563;35:238-45.
15. Polit DF, & Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
16. สุพัตรา ปิ่นแก้ว, เอมพร รตินธร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, และวิบูลย์ เรืองชัยนิคม. ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2557;22:57-71.
17. ปิยะนุช เมฆฉาย. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวร่วมกับการสนับสนุนของสามีต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
18. อุษา คงคา, เอมพร รตินธร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, และอัมพันธ์ เณลิโซคเจริญกิจ. ผลของโปรแกรมการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาลต่อการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2555;35:54-64.
19. ทิพย์วรรณ ประสานศักดิ์, วิรัชณี สุขพัฒนานนท์, และศศิธร อินทุม. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่* 2563;45:47-55.