

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครุร์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

อาทิตยา แก้วน้อย* พย.ม. (สาขาการผดุงครรภ์)

ศรีสมร ภูมณสกุล** พย.ด.

สายลม เกิดประเสริฐ*** ปร.ด. (วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีศึกษา)

บทคัดย่อ:

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากพยาบาล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครุร์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจำนวน 162 ราย ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การสนับสนุนจากสามี และการสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง และการรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากพยาบาลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครุร์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พยาบาลควรสนับสนุนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้มีสมรรถนะแห่งตน และส่งเสริมให้สามีมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ตลอดจนควรลดอุปสรรคของการปฏิบัติ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุครุร์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดนั้น แม้ยังไม่พบความสัมพันธ์ในการวิจัยครั้งนี้ แต่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นนี้ต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อายุครุร์เมื่อคลอด การคลอดก่อนกำหนด สตรีตั้งครรภ์

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการผดุงครรภ์) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: srisamorn.phu@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 21 สิงหาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 26 ตุลาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 31 ตุลาคม 2561

Factors Related to Health Promoting Behaviors and Gestational Age at Birth of Pregnant Women at Risk of Preterm Birth

Arthitaya Kaeonoi* *M.N.S (Midwifery)*

Srisamorn Phumonsakul** *D.N.S.*

Sailom Gerdprasert*** *Ph.D. (Science and Technology Education)*

Abstract:

This descriptive research was conducted with the objective of examining the correlations between perceived benefits of action, perceived barriers to action, perceived self efficacy, spouse support, nurse support and health promoting behavior and gestational age at birth in pregnant women at risk for preterm birth. The sample was composed of 162 pregnant women at risk for preterm birth receiving services in the antenatal care departments of Nopparatrajathanee Hospital and Bhumibol Adulyadej Hospital between January and May 2018. The sample was selected by purposive sampling based on set inclusion criteria. Data were analyzed using descriptive statistics and determining correlations among the variables with Pearson's Correlation Coefficient and Spearman's rank correlation. Findings revealed that perceived benefits of action, spouse support, and nurse support were significantly positively correlated at a low level with health promoting behaviors. Perceived self-efficacy were significantly positively correlated at a moderate level with health promoting behaviors. Furthermore, perceived barriers to action were significantly negatively correlated at a low level with health promoting behaviors. However, perceived benefit of action, perceived barriers to action, perceived self-efficacy, spousal support, nurse support, and a health promoting behaviors were not significantly correlated with gestational age at birth of pregnant women at risk for preterm birth. Therefore, nurses should support the practicing of health promoting behaviors in pregnant women at risk for preterm birth by promoting the perceived benefit of action, strengthening self-efficacy, encouraging spousal support, and minimizing barriers to action. However, the relationships of health promoting behaviors and their antecedents to gestational age at birth in pregnant women at risk for preterm birth was not supported by this study. Hence, additional studies should be conducted in this area.

Keywords: Health promoting behaviors, Gestational age at birth, Preterm birth, Pregnant women

*Master's Student, Master of Nursing Science Program (Midwifery), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: srisamorn.phu@mahidol.ac.th

*** Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received August 21, 2018, Revised 26 October, 2018, Accepted 31 October, 2018

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอด
ของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด**

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนดนั้นนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขของทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากการสำรวจพบว่าในทุก ๆ ปี จะมีทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านราย และใน 184 ประเทศ มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 18 ของจำนวนทารกที่เกิด ซึ่งมากกว่าร้อยละ 60 พบในประเทศแถบแอฟริกา และเอเชียใต้¹ สำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่ามีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 12 โดยอยู่ในลำดับการที่ 55 จาก 184 ประเทศทั่วโลก²

การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของทารก ครอบครัวยุ และเศรษฐกิจกล่าวคือ ทารกคลอดก่อนกำหนดมักมีปัญหาในหลายๆ ระบบ โดยเฉพาะปัญหาของระบบทางเดินหายใจ³ ซึ่งร้อยละ 40 ของทารกคลอดก่อนกำหนดจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคระบบทางเดินหายใจใน 1 ปีแรกภายหลังคลอด⁴ และเสียชีวิตภายหลังคลอดจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวประมาณ 1 ล้านรายต่อปี ส่วนทารกในกลุ่มที่รอดชีวิตก็ต้องเผชิญกับความพิการ¹ ทำให้ประเทศชาติต้องแบกรับปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อมารดาและครอบครัว เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้มีการแยกจากจากสามีและบุตร อาจทำให้ไม่สามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดาที่ดีได้⁵ และในกรณีที่มีการคลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น โดยส่วนมากทารกที่คลอดก่อนกำหนดมักจะต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลทำให้บิดามารดามีความเครียดที่เพิ่มสูงขึ้นจากการเจ็บป่วยของบุตร ส่งผลต่อการปรับบทบาทมารดาเป็นไปอย่างยากลำบากจากการที่เด็กป่วยบ่อย ดูแลยากกว่าเด็กปกติที่คลอดครบกำหนด ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ รวมถึงการแยกจากของทารกนี้ยังส่งผล

ในด้านสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและบุตรอาจลดน้อยลง⁶ นอกจากความกังวลในอาการของบุตรที่คลอดก่อนกำหนดแล้วพบว่ายังมีในเรื่องของค่าใช้จ่ายที่ทำให้บิดามารดาเกิดความกังวล เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดนั้นมีค่าใช้จ่ายที่สูง⁷

การป้องกันแก้ไขไม่ให้มีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นที่ปรารถนาของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย อย่างไรก็ตามการคลอดก่อนกำหนดนั้นยังไม่สามารถระบุสาเหตุได้ชัดเจน แต่ก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีวภาพ สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน และลักษณะกิจวัตรประจำวัน⁸ เป็นต้น โดยปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวมีความเชื่อว่าการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้ โดยการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพด้วยการบริหารจัดการกับกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ได้แก่ ลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล (individual characteristics and experiences) ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (behavior-specific cognitions and affect) และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (behavioral outcome)⁹ น่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักในปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ทางด้านลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคลในสตรีวัยเจริญพันธุ์ จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และมีการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยเสี่ยงทางด้านลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีผลต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ อายุสตรีตั้งครรภ์ที่น้อยกว่า 16 ปี หรือมากกว่า 35 ปี^{10,11} น้ำหนักตัวระหว่างตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์¹² มีการติดเชื้อ

ระหว่างตั้งครรภ์¹³ มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดหรือ เคยแท้งมาก่อน¹⁴ มีเลือดออกทางช่องคลอดในไตรมาส แรกและไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์^{15,16} จะเสี่ยงต่อ การคลอดก่อนกำหนดคิดเป็น 1.4-10.8 เท่า¹⁰⁻¹⁶ ของ สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ นอกจากนี้ปัจจัย ทางด้านสภาพเศรษฐกิจและสังคมก็พบว่าเป็นปัจจัย เสี่ยงที่อาจส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดเช่นกัน โดย สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการศึกษาต่ำกว่า 8 ปี¹⁷ มีรายได้ ครอบครัวยากกว่า 5,000 บาท¹⁸ มีพฤติกรรมสูบบุหรี่¹⁹ มีชั่วโมงการทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมงต่อ สัปดาห์²⁰ มีความเสี่ยงคิดเป็น 7.9-12 เท่าของสตรี ตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงดังกล่าว¹⁷⁻²⁰

ในส่วนของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทาง ด้านโภชนาการ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การทำ กิจกรรมและออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเจริญงอกงามทาง จิตวิญญาณที่ต้องเฝ้าระวังและแตกต่างจากสตรีตั้ง ครรภ์ปกติโดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยด้านความคิดและ ความรู้สึกซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพซึ่ง ปัจจัยทางด้านนี้ที่เกี่ยวข้องกับต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงพบว่ามีหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยทางด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความ สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรี ตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เช่น อายุ 13-19 ปี ($r = .41, p < .05$)²¹ อายุมากกว่า 35 ปี ($r = .28, p < .05$)²² มีโรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ($r = .43, p < .05$)²³ โดยเฉพาะกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีการ คลอดก่อนกำหนด ($r = .69, p < .05$)²⁴ ส่วนการรับรู้ อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบกับการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มี ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับ ปานกลางถึงมาก ($r = -.38, -.62, p < .05$)^{21,22} การรับรู้ สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัย

เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับมาก ($r = .60, .61, .64, p < .05$)^{22, 25-26} และอิทธิพลระหว่าง บุคคล ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนจากสามีมีความ สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .55, p < .05$)²⁷ และการสนับสนุนจากพยาบาลโดยการ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกัน การคลอดก่อนกำหนด พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อ การคลอดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ดีกว่า ($p < .05$)²⁸ จะเห็นได้ว่าปัจจัยดังกล่าวช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยง ต่อการคลอดก่อนกำหนดสามารถปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้ดี ส่วนความสัมพันธ์ของปัจจัย ดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ กับอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่ เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดยังไม่พบว่ามีรายงาน สนับสนุน

อย่างไรก็ตามแม้จะพบว่ามี การคิดค้น ทดลอง หาวิธีการเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในสตรีตั้งครรภ์ในหลากหลายวิธี โดยสามารถปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดให้เพิ่มสูงขึ้นได้ แต่ก็ไม่สามารถยืดระยะ เวลาการตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนดในทุกราย อีกทั้ง อัตราการกลับเป็นซ้ำนั้นไม่แตกต่างกัน²⁸⁻³⁰ ซึ่งการ คลอดก่อนกำหนดที่เป็นปัญหาลำคือนั้นยังคงอยู่ฉะนั้น การศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้าง ต้นจึงยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากยังไม่ได้มี ข้อสรุปที่ชัดเจนและมีการวิจัยในประเด็นนี้ในจำนวน จำกัด รวมทั้งยังไม่พบรายงานการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพกับอายุครรภ์เมื่อคลอด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ ประโยชน์ของการกระทำรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากสามี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอด ของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

การสนับสนุนจากพยาบาล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เพื่อใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดให้สามารถยืดอายุครรภ์จนครบกำหนดคลอดได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยอาศัยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Behavior Model) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพจะมุ่งให้บุคคลเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านบวก (attaining positive health out-come) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้⁹

1. ลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล (individual characteristics and experiences) ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (prior related behavior) เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมซ้ำ ๆ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมโดยอัตโนมัติ และ 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่ได้เลือกปัจจัยทางด้านนี้มาศึกษาเนื่องจากเป็นปัจจัยที่เป็นเกณฑ์เสี่ยงในการคัดเลือกลูกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงอยู่แล้ว

2. ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (behavior-specific cognitions and affect) ประกอบไปด้วยปัจจัย 6 ด้านด้วยกันคือ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) 2) การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (perceived barriers to action) 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) 4) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (activity-related affect) 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences และ 6) อิทธิพลด้านสถานการณ์ (situational influences)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาในปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม

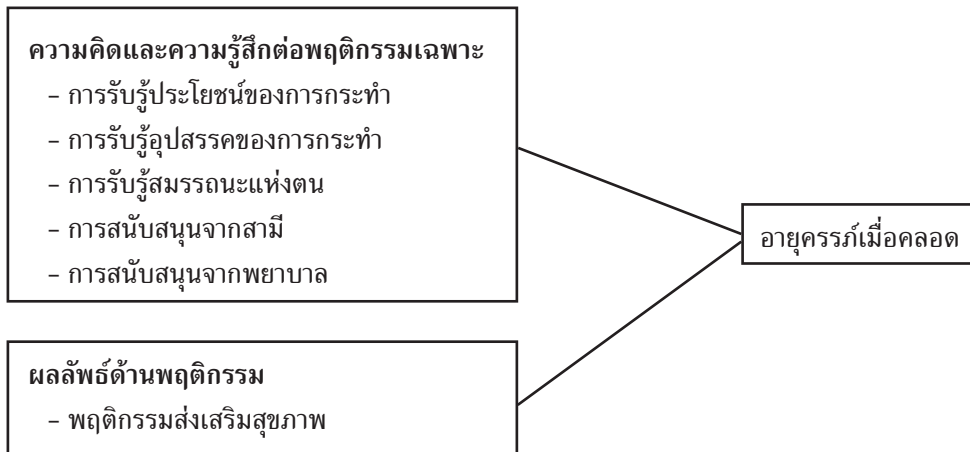
สุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและยา เช่น รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ตับ เครื่องในสัตว์ หัวใจ ไช้แดง ผักใบเขียว ยอดผัก ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เช่น ฉันทไม้ม้วนปัสสาวะ และขับถ่ายปัสสาวะทุกครั้งที่ปวด ด้านการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย เช่น หลีกเลี่ยงการเดินทางไกลและการยกของหนัก ด้านการจัดการความเครียด เช่น ทาวิธผ่อนคลายในขณะที่ตั้งครรภ์โดยการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์ ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน รวมทั้งด้านการสร้างความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ เช่น มีความภาคภูมิใจที่สามารถปฏิบัติตัวในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติในขณะที่ตั้งครรภ์ได้ เนื่องจากในหลาย ๆ การศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าวในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ยังศึกษาปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) เนื่องจากมีส่วนสนับสนุนให้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคงอยู่อย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์

3. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (behavioral outcome) ประกอบไปด้วย 3 ปัจจัยคือ 1) ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติ (commitment to a plan of action) 2) ความต้องการและความชื่นชอบอื่นในขณะนั้น (immediate competing demands and preferences) และ 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่เป็นส่วนสุดท้ายของรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) โดยพฤติกรรมสุขภาพจะมุ่งให้สตรีตั้งครรภ์เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพในด้านบวก⁹ โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอด

ก่อนกำหนดอยู่แล้ว ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทางด้านชีวภาพ ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็มีปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม ในอดีต ความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ ที่สามารถปรับเปลี่ยน ให้มีพฤติกรรมสุขภาพทางด้านบวกในระหว่างการตั้งครรภ์ได้ ซึ่งเมื่อพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการ

คลอดก่อนกำหนดลดลงน่าจะช่วยลดโอกาสในการ คลอดก่อนกำหนดลงได้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึง อาจมีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอดในสตรีตั้ง ครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากพยาบาล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากพยาบาล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
2. การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากพยาบาล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอด
ของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด**

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่มาใช้บริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้ เป็นสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีคะแนนความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน ตามเกณฑ์ของเครซี่และคณะ⁸ อยู่ร่วมกันกับสามี สามารถอ่านออกเขียนได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด³¹ และการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด³² ที่ใช้สถิติโคสแควร์ เนื่องจากยังไม่พบการศึกษาใกล้เคียงที่ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) = 0.22 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 จากการการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ด้วยโปรแกรม G*power³³ พบว่า ตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนประชากรในครั้งนี้ควรมีขนาดอย่างน้อย 159 ราย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะยาวตั้งแต่ฝากครรภ์จนกระทั่งคลอดเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดทั้งหมด 170 ราย ภายหลังเก็บข้อมูลเสร็จพบว่าข้อมูลสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล 8 ราย ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 162 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามจำนวน 7 ฉบับ ดังนี้

1. เกณฑ์การให้คะแนนความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของเครซี่และคณะ⁸ ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์เสี่ยงใน 4 ด้าน ได้แก่ สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ประวัติในอดีต กิจวัตรประจำวัน และการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ผลรวมคะแนนความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด แบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดต่ำ (คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดปานกลาง (คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-9 คะแนน) และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูง (คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน)

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลทางด้าน อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของสตรีตั้งครรภ์ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการฝากครรภ์ (ฝากครรภ์ตรงตามนัด/ไม่ตรงตามนัด) คะแนนความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และอายุครรภ์เมื่อคลอด

3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่คลอดก่อนกำหนดของรัชดา ปัญญาพิสิทธิ์²⁴ ซึ่งสร้างแบบสอบถามนี้ขึ้นจากแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต (Likert Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อน

กำหนดมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสถิติ-นรีเวช 1 ท่าน และมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .90 และนำเครื่องมือไปทดสอบกับสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81 และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 162 ราย ได้เท่ากับ .86

4. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่คลอดก่อนกำหนดของรัชดา ปัญญาพิสิทธิ์²⁴ ซึ่งสร้างแบบสอบถามนี้ขึ้นจากแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 1 และนำเครื่องมือไปทดสอบกับสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86 และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 162 ราย ได้เท่ากับ .86

5. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมของณัฐธัญญา พัฒนะวาณิชนันท์³⁴ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามวัดระดับความมั่นใจของ

ตนเองของ Becker และ Stuijbergen ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .90 และนำเครื่องมือไปทดสอบกับสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96 และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 162 ราย ได้เท่ากับ .90

6. แบบสอบถามการสนับสนุนจากสามี ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนจากสามีของอรรถยุทธภินันท์³⁵ ซึ่งสร้างแบบสอบถามนี้ขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้รับแรงสนับสนุนจากสามีมาก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 1 และนำเครื่องมือไปทดสอบกับสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96 และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 162 ราย ได้เท่ากับ .95

7. แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาลของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงของสร้อยญา พิจารณ์³⁶ ซึ่งสร้างแบบสอบถามนี้ขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ จำนวน 13 ข้อ เป็น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอด ของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

มาตรวัดแบบลิเกิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 13-65 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้รับแรงสนับสนุนจากพยาบาลมาก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 1 และนำเครื่องมือไปทดสอบกับสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90 และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 162 ราย ได้เท่ากับ .93

8. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกัน การคลอดก่อนกำหนดของทิพสุตา นุ้ยแมน²⁹ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการและยา ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ จำนวน 40 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 40-200 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .97 และนำเครื่องมือไปทดสอบกับสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88 และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 162 ราย ได้เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2560/679 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หลังผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและเสนอในภาพรวม และขอความยินยอมในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาตามความสมัครใจโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาก่อนเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองหลังจากได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี และแหล่งที่ใช้เก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้ ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อสตรีตั้งครรภ์จากแฟ้มประวัติตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดไว้และประเมินความเสี่ยงในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามเกณฑ์ความเสี่ยงของเครซี่และคณะ³⁰ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่างระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างรอเข้ารับการตรวจครรภ์ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงข้อมูลการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมงานวิจัย จึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 40 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและติดตามบันทึกอายุครรภ์เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาคลอดจากแบบบันทึกการคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวางแผนการตั้งครุฑ์และประวัติการฝากครุฑ์ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์คะแนนของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากพยาบาล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) และจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปร ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการสนับสนุนจากสามี มีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ($p < .05$) จึงใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ และอายุครุฑ์เมื่อคลอดกับตัวแปรที่มีการแจกแจงไม่ปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20 - 35 ปี (ร้อยละ 61.60) รองลงมาคือกลุ่มน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 24.20) และกลุ่มอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 14.20) ตามลำดับ ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 70.40) และทำงานนอกบ้าน ร้อยละ 46.30 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 24,460 บาท/

เดือน ($SD = 17,733.44$, $Mode = 15,000$) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 53.70 ตั้งใจมีบุตรโดยวางแผนการตั้งครุฑ์ ร้อยละ 50.60 โดยส่วนใหญ่มาฝากครุฑ์ไม่เกินไตรมาสที่สอง (ร้อยละ 95.10) และฝากครุฑ์อย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 93.8) มีคะแนนความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ (ร้อยละ 54.90) รองลงมาเป็นกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง (ร้อยละ 28.40) อายุครุฑ์เมื่อคลอดเฉลี่ย 39 สัปดาห์ ส่วนใหญ่คลอดครบกำหนด (ร้อยละ 89.50) มีเพียง 17 รายที่คลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 10.50)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 70.32 ($SD = 6.69$) มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.61 ($SD = 7.40$) มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 84.31 ($SD = 9.93$) และได้รับการสนับสนุนจากสามี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 83.57 ($SD = 12.60$) ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54.38 ($SD = 8.15$)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 165.32 ($SD = 15.95$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านจากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์จากค่าเฉลี่ยหารด้วยจำนวนข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 4.45) และด้านการทำกิจกรรมและออกกำลังกายน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.91)

ผลการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอด
ของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด**

ทางสถิติ ($r = .36, r = .45, r = .38, p < .05$ ตามลำดับ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54, p < .05$) การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r = -.31, p < .05$) ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากพยาบาล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) (N = 162)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ	1						
2. การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ	-.13 ^a	1					
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.34 ^{*b}	-.27 ^{*a}	1				
4. การสนับสนุนจากสามี	.32 ^{*a}	-.15 ^a	.62 ^{*a}	1			
5. การสนับสนุนจากพยาบาล	.44 ^{*b}	-.06 ^a	.36 ^{*b}	.53 ^{*a}	1		
6. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.36 ^{*b}	-.31 ^{*a}	.54 ^{*b}	.45 ^{*a}	.38 ^{*b}	1	
7. อายุครรภ์เมื่อคลอด	.14 ^b	-.04 ^a	.07 ^b	.04 ^a	.05 ^b	.11 ^b	1

* $p < .05$, a = สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน, b = สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-35 ปี (ร้อยละ 58.60) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 35 ปี³⁷ ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 70.40) ซึ่งผ่านเกณฑ์การศึกษาคะทัดรัดของประชาชนไทยที่ต้องศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น³⁸ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ดี กลุ่มตัวอย่างมี

รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 24,460 บาท/เดือน ซึ่งสูงกว่าเส้นความยากจนของประเทศ³⁹ แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ที่เพียงพอต่อความต้องการด้านการอุปโภคบริโภคขั้นพื้นฐาน ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 53.70 และกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีความตั้งใจมีบุตรโดยวางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 50.60 โดยส่วนใหญ่ฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 93.8) คะแนนความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ (ร้อยละ 54.90) อาจส่งผลต่ออายุครรภ์เมื่อคลอดที่ไม่มีความแตกต่างกับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อน

กำหนด และพบความเสี่ยงปานกลาง (ร้อยละ 28.40) และความเสี่ยงสูง (ร้อยละ 16.70) ตามลำดับ นอกจากนี้ อายุครรภ์เมื่อคลอดอยู่ระหว่าง 32 สัปดาห์ ถึง 42 สัปดาห์ อายุครรภ์เมื่อคลอดเฉลี่ย 39 สัปดาห์ (SD = 10.81) ซึ่งเป็นอายุครรภ์เมื่อคลอดที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (37-42 สัปดาห์) มีเพียง 17 ราย (ร้อยละ 10.50) ที่คลอดก่อนกำหนดในจำนวนนี้มีความเสี่ยงสูงจำนวน 10 ราย มีความเสี่ยงปานกลาง 3 ราย และมีความเสี่ยงต่ำ 4 ราย

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ที่มาก จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำอยู่ในระดับมาก แสดงถึงมีการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและมีแนวโน้มที่จะยอมสละเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ⁹ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในสตรีตั้งครรภ์ปกติและตั้งครรภ์เสี่ยงหลายการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{21,22,24,40} และกลุ่มตัวอย่างก็ยังมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการกระทำอยู่ในระดับน้อย จึงมีความเป็นไปได้ที่จะมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมากขึ้น⁹ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

ต่อการคลอดก่อนกำหนด พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)^{21,22} และการศึกษาในกลุ่มที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดก็พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์เช่นเดียวกัน ($p < .001$)²⁴

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณิ โฉนุและคณะ²² พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก นั่นคือกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดให้บรรลุผลสำเร็จได้ ซึ่งบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะหรือทักษะจะเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านทางความคาดหวังในสมรรถนะของตนเอง⁷

การสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ อยู่สำราญ และคณะ²⁷ ที่พบว่าสามีเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการสนับสนุนจากพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งตวรรณ ช้อยจ่อหอและคณะ²⁸ ที่ศึกษาโดยให้การสนับสนุนจากพยาบาลในการติดตามเยี่ยมและการทบทวนความรู้เพิ่มเติมในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีการแสดงพฤติกรรม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอด ของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

การจัดการเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ซ้ำได้ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมี
คะแนนการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสามี และการ
สนับสนุนจากพยาบาลอยู่ในระดับมาก ด้วยเช่นกัน
แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสามี
และพยาบาลอยู่ในระดับมาก ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์
ระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยมีแนวโน้มที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวนำเมื่อได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น⁹

นอกจากนี้ผลการทดสอบสมมติฐานยังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากพยาบาล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด สามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำจะอยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีคะแนนอยู่ในระดับน้อย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนอยู่ในระดับมาก มีการสนับสนุนจากสามี และจากพยาบาลอยู่ในระดับมาก การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก็อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน แต่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอดเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 54.90) ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่มีความแตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมาก จึงน่าจะส่งผลให้อายุครรภ์เมื่อคลอดไม่น่าจะแตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านสรีรวิทยาต่าง ๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้จะมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่ออายุครรภ์เมื่อคลอดที่มากกว่า²¹ ส่งผลให้สมมติฐานดังกล่าวไม่ได้รับการสนับสนุนและยังไม่พบการศึกษาอื่นที่เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์เมื่อคลอด

กล่าวโดยสรุป สมมติฐานที่กล่าวว่าการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้รับการสนับสนุน ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁹ แต่การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากพยาบาล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด นั้นไม่ได้รับการสนับสนุน ฉะนั้นการคาดหวังว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางด้านบวกจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในด้านสรีรวิทยา เช่นในกรณีของอายุครรภ์เมื่อคลอดจึงยังคงต้องการการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากสามี และการสนับสนุนจากพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติพยาบาลจึงควรส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ รับรู้สมรรถนะของตนเอง และการกระตุ้นให้สามีมีส่วนร่วมในขณะตั้งครรภ์ รวมถึงกระตุ้นให้พยาบาลเกิดความตระหนักในการใส่ใจดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในด้านการศึกษาคความมุ่งมั่นให้นักศึกษาได้ทำความเข้าใจถึงการรับรู้ประโยชน์เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และในด้านวิจัยทางการพยาบาลควรต้องมีการศึกษาต่อไปเนื่องจากตัวแปรดังกล่าวข้างต้นไม่มีความสัมพันธ์กับ

อายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด แต่อาจมีความสัมพันธ์ร่วมกันกับตัวแปรอื่นที่ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้นักกับอายุครรภ์เมื่อคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Preterm birth; 2015 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
2. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012;379:2162–72.
3. Pramana IA, Latzin P, Schlupbach LJ, Hafen G, Kuehni CE, Nelle M, et al. Respiratory symptoms in preterm infants: burden of disease in the first year of life. *Eur J Med Res*. 2011; 16(5):223–30.
4. Ralser E, Mueller W, Haberland C, Fink FM, Gutenberger KH, Strobl R. Rehospitalization in the first 2 years of life in children born preterm. *Acta Paediatr*. 2012;101(1):e1–e5.
5. Murphy JH, Rubin DO. Psychosocial implications of high risk pregnancy. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993.
6. Kraikul S, Chaimongkol N, Phaktoop M. Relationships between parental stress and parent-child attachment in sick children who admitted in intensive care unit. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chonburi*. 2009;22(1):19–28. (in Thai)
7. Sopajaree C, Ratchukul S. Anxiety of first-time expectant parents in high-risk pregnancy. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2002;14(3):1–12. (in Thai)
8. Creasy RK, Gummer BA, Nzm, Liggins GC. System for predicting spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol*. 1980;55:692–5.
9. Pender NJ, Murdaugh CL, Parson MA. Health promotion in nursing practice. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2006.
10. Chen W, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcome: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2007; 36:368–73.
11. Derakhshi B, Esmailnasab N, Ghaderi E, Hemmatpour S. Risk factor of preterm labor in the West of Iran: a case-control study. *Iran J Public Health*. 2014;43(4):499–506.
12. Hantanong, B. Incidence and risk factors of preterm delivery at Ramathibodi hospital 2005–2006 [thesis]. Nakhon Prathom: Mahidol University; 2007.
13. Wisavapaisan W, Srithammasak B, Nakkrasae S. Factor affecting the prediction of gravid women giving preterm birth at police general hospital. *Journal of The Police Nurse*. 2016;8(2):83–90. (in Thai)
14. Ip M, Peyman E, Lohsoonthorn V, Williams MA. A case-control study of preterm delivery risk factors according to clinical subtypes and severity. *J Obstet Gynaecol Res*. 2010;36(1):34–44.
15. Swingle H, Colaizy T, Zimmerman M, Morriss F. Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analyses. *J Reprod Med*. 2009;54(2):95–108.
16. Edwards DV, Baird D, Hasan R, Savitz D, Hartmann K. First-trimester bleeding characteristics associate with increased risk of preterm birth: Data from a prospective pregnancy cohort. *Hum Reprod*. 2012;1:54–60.
17. Facchinetti F, Ottolini F, Fazzio M, Rigatelli M, Volpe A. Psychosocial factors associated with preterm uterine contractions. *Psychother Psychosom*. 2007;76:391–94.
18. Araksomboon, O. Factors associated with preterm labour at Prachuapkhirikhan hospital [thesis]. Nakhon Prathom: Mahidol University; 2001.
19. Ariyadej S. Risk factors predicting preterm labours in Rayong hospital. *Health*. 2001;24(4):92–103.
20. Niedhammer I, O'Mahony D, Daly S, Morrison JJ, Kelleher CC. Occupational predictors of pregnancy outcomes in Irish working women in the lifeways cohort. *BJOG*. 2009;116(7):943–52.

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอด
ของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด**

21. Nirattharadorn M. The study of perceived benefits, perceived barriers to health promoting behaviors and health promoting behaviors in adolescent pregnant women [thesis]. Nakhon Prathom: Mahidol University; 1996. (in Thai)
22. Lonuch S, Nirattharadorn M, Khampalikit S. Predicting factors of nutritional promoting behaviors among pregnant women over 35 years of age. J Nurs Educ. 2011;4(2):79-93. (in Thai)
23. Wongchantara T. Self-esteem, perceived benefits, and health promoting behaviors in diabetic pregnant women [thesis]. Nakhon Prathom: Mahidol University; 2000. (in Thai)
24. Panyapisit, R. Perceived benefits of action, perceived barriers to action, and health promoting behaviors during pregnancy of mothers experiencing preterm delivery [thesis]. Nakhon Prathom: Mahidol University; 2002.
25. Thaewpia S, Clark MJ, Howland LC, James KS. Factor predicting health promoting behaviors among older pregnant Thai. Pac Rim Int J Nurs Res Thail. 2012; 16(2):113-23.
26. Chumsri T. Relationships between personal factors, perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, interpersonal influences and health promoting behaviors of pregnant adolescents, southern region [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2005. (in Thai)
27. Yuseumran C, Kongjira A, Sirisomboon R, Pimon K, Chalmchokcharernkit A. Social support knowledge and self-efficacy in pregnant women preterm labour. Thai Journal of Nursing Council. 2007;22(1):60-72. (in Thai)
28. Chojjorhor R, Serisathien Y, Ratinthorn A, Kovavisarath E. The effects of nursing therapeutics on preventive management of preterm labor, readmission and gestational age at birth in pregnant women with preterm labor. J Nurs Sci. 2009;27(2):39-48. (in Thai)
29. Nuiman T. Effect of empowerment program on behaviors for prevention of preterm labour among Muslim teenage pregnant women. Thai J Nurs. 2011;60(2):22-30. (in Thai)
30. Wirifai S. The effects of structured information on perceived self-efficacy, outcome expectation of health behaviors and outcome of pregnancy in pregnant women with premature labor pain [thesis]. Nakhon Prathom: Mahidol University; 2004.
31. Pinkaeo S. The effect of care for pregnant women at risk for preterm labor. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2014;22(4):58-70. (in Thai)
32. Sensiri P. Development of the nursing model for pregnant women to prevent preterm labour. J Nurs Health Care. 2016; 34(2):166-3. (in Thai)
33. Orathai P, Phumonsakul S. Power analysis and sample size estimation using G*Power program. Bangkok: Pimdee; 2013. (in Thai)
34. Patanavanichnun, N. Perceived self-efficacy and health promoting behaviors among pregnant industrial workers [thesis]. Nakhon Prathom: Mahidol University; 2000.
35. Tumgunma O. Spouse support and health-promoting behavior in high risk pregnant women [thesis]. Nakhon Prathom: Mahidol University; 1997. (in Thai)
36. Picharn S. Support from nurses and health behaviors of persons with hypertension at Doisaket hospital, Chiang Mai Province [thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2004. (in Thai)
37. Eliyahu S, Weiner E, Nachum Z, Shalev E. Epidemiologic risk factors for preterm delivery. Isr Med Assoc J. (2002); 4:1115-7.
38. Office of the National Economics and Social Development Board. 2016: Thailand [cited 2018 May 12]. Available from: http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final (in Thai)
39. Muhlenkamp AF, Sayles JA. Self-esteem, social support and positive health practice. Nurs Res. 1986;35(11):334-8.
40. Phumesawat S, Suvithayasiri K, Chaisup W. Perceived benefits and health promoting behaviors in pregnant women at antenatal clinic of Rajavithi hospital. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2013;29(2):80-94. (in Thai)