

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์

สุดกัญญา ปานเจริญ พย.ม.¹
อัจฉโรบล แสงประเสริฐ พย.ม.²
ภรภัทร สอนองคุณ พย.บ.³

บทคัดย่อ:

บทนำ: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพสังคมและเศรษฐกิจพบมีอัตราการทพพลภาพและอัตราการตายทั้งของมารดาที่เป็นวัยรุ่นและทารกแรกเกิดสูงเกินกว่าการตั้งครรภ์ของมารดาปกติทั่วไปหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเหล่านี้อาจประสบกับปัญหาต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพและความรู้ที่จำเป็นในการดูแลตนเองในระหว่างการตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

การออกแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อน และหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี อายุครรภ์ 26-28 สัปดาห์มารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลระดับจังหวัดแห่งหนึ่งในประเทศไทย ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2563 คัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย จำนวน 60 ราย และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติ และกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดการส่งเสริมพลังอำนาจของ Gibson เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ และแบบประเมินผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์โดยผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney U test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย: ผลการศึกษา พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดในด้านการจัดการกับความเครียด ($M = 3.46, SD = 0.36$) รองลงมาคือด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ($M = 3.35, SD = 0.49$) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดคือด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ($M = 3.48, SD = 0.47$) รองลงมาคือด้านการจัดการกับความเครียด ($M = 3.42, SD = 0.47$) ในระยะก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.60, SD = 0.41$) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ($M = 2.69, SD = 0.39$) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.598, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.530, p < .001$) คะแนนผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ในคลินิกฝากครรภ์สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการสื่อสารผ่านอุปกรณ์สื่อสารชนิดพกพาไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ที่บ้าน

วารสารสภาการพยาบาล 2566; 38(1) 83-97

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น/ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์/ การเสริมสร้างพลังอำนาจ

วันที่ได้รับ 2 พ.ย. 65 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 3 ก.พ. 66 วันที่รับตีพิมพ์ 24 ก.พ. 66

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: pancharean@yahoo.com

¹⁻² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

Effects of an Empowerment Program on Health-Promoting Behaviors and Pregnancy Outcomes among Teenage Pregnant Women

Sudkanya Pancharean, M.N.S.¹

Atcharobon Sangprasert, M.N.S.²

Phonpat Sanongkhun, B.N.S.³

Abstract:

Introduction: The issue of teenage pregnancy is well documented and has become a major health problem in Thailand. It is evident that the morbidity and mortality rates of both teenage mothers and newborns are increasing, leading to adverse health, social, and economic consequences. Teenage pregnant women may experience various pregnancy-related complications that can threaten their pregnancy outcomes. Therefore, empowering them with essential knowledge to manage their pregnancy care is crucial.

Objective: To examine the effects of an empowerment program on health-promoting behaviors and pregnancy outcomes among teenage pregnant women. Gibson's model of empowerment was utilized as the conceptual framework of this study.

Design: A quasi-experimental design with two-group pretest and posttest

Methodology: The sample included 60 teenage pregnant women who registered at a provincial hospital's antenatal care unit in Thailand from August to December 2020. They were less than 20 years old, with a gestational age between 26–28 weeks. A simple random sampling technique was used to equally assign the participants to both the control and the experimental groups. The control group received standard antenatal care, while the experimental group engaged in the empowerment program and communication via portable communication devices (PREG-CAL 3.0). Data were collected using questionnaires consisting of three parts: 1) personal and demographic information, 2) health-promoting behaviors in teenage pregnancies, and 3) pregnancy outcomes. The instruments were tested for content validity and reliability by experts and Cronbach's alpha coefficient testing ($r = .88$). Descriptive statistics, Wilcoxon signed rank test and Mann-Whitney U test were used to analyze the data, with a significance level set at $p < .05$.

Results: The results revealed that before participating in the empowerment program, the highest mean score for health behaviors of the experimental group was stress management ($M = 3.46$, $SD = 0.36$), followed by spiritual development ($M = 3.35$, $SD = 0.49$). In the control group, the highest mean scores for health behaviors were spiritual development ($M = 3.48$, $SD = 0.47$, followed by stress management ($M = 3.42$, $SD = 0.47$). Both the experimental and control group had moderate mean scores for nutritional health behavior ($M = 2.60$, $SD = 0.41$ and $M = 2.69$, $SD = 0.39$, respectively). After completing the program, the mean score for health-promoting behaviors of the experimental group was significantly higher than before the program ($Z = -4.598$, $p < .001$). The overall health-promoting behavior score of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($Z = -4.530$, $p < .001$). However, there was no statistically significant difference in the mean scores of post-test pregnancy outcomes between the two groups ($p > .05$).

Recommendations: The results suggested that the empowerment program and the communications via portable devices can be applied to promote better health-promoting behaviors among teenage pregnant women attending antenatal care clinics for their better pregnant care at home.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2023; 38(1) 83-97

Keywords: teenage pregnancy; health-promoting behaviors; pregnancy outcomes; empowerment

Received 2 November 2022, Revised 3 February 2023, Accepted 24 February 2023

¹Corresponding author, E-mail: pancharean@yahoo.com

¹⁻²Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³Sawanpracharak Hospital, Nakhonsawan Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพเกิดขึ้นโดยตรงทั้งต่อตัวมารดาวัยรุ่นเอง และทารก ทั้งการเพิ่มโอกาสของการผ่าตัดคลอดบุตร หรือการคลอดที่ต้องอาศัยหัตถการต่าง ๆ เข้าช่วยเหลือ รวมถึงภาวะซึมเศร้าหลังการคลอดบุตร โดยพบว่า อัตราการทุพพลภาพและอัตราการตายของมารดาที่เป็นวัยรุ่นและทารกแรกเกิดสูงเกินกว่าการตั้งครรภ์ของมารดาที่เป็นผู้ใหญ่ทั่วไป¹ และเป็นสาเหตุ 1 ใน 5 อันดับของการตายของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี²

จากสถิติการตั้งครรภ์วัยรุ่นในปี พ.ศ. 2558-2564 พบว่า มีวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 18 ปี คลอดบุตร คิดเป็นร้อยละ 14 ของสตรีวัยรุ่น ซึ่งในประชากรกลุ่มนี้ ประมาณร้อยละ 90 เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา³ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบว่าการคลอดบุตรในกลุ่มตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตรา 28.7 ต่อวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี พันคน และที่จังหวัดนครสวรรค์ พบสถิติการคลอดบุตรในวัยรุ่นกลุ่มนี้คิดเป็นอัตรา 25.3 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน³ ซึ่งหมายถึงว่า ประมาณ 1 ใน 4 ของวัยรุ่นในจังหวัดนครสวรรค์ เกิดการตั้งครรภ์และคลอดบุตร นับเป็นสถิติที่สูงมากเมื่อเทียบกับสถิติโดยรวมระดับโลก

ปัญหาอุปสรรคของการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีรายงานไว้หลายประการทั้งปัญหาการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์การพักผ่อนไม่เพียงพอ ความพยายามอดอาหารเพราะกลัวอ้วน และรู้สึกอับอายที่ตั้งครรภ์และความรู้สึกกังวล ทำให้ความสมบูรณ์แข็งแรงของสุขภาพร่างกายอยู่ในระดับต่ำ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีอัตราการฝากครรภ์คุณภาพ และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ไม่ผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 56⁴

มีคำถามเกิดขึ้นว่าทำอย่างไรที่จะส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้เกิดความตระหนักในภาวะเสี่ยงและสร้างแรงจูงใจให้สามารถมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองโดยตนเองได้จึงเป็นที่มาของแนวคิดและการแสวงหาวิธีการให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้เข้าถึงการบริการที่หน่วยฝากครรภ์ และสามารถดูแลตนเองจนถึงระยะคลอดที่ปลอดภัยภายใต้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ต้องการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้จึงเป็นอีกหนึ่งกลยุทธ์ในการดูแลในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการทางสังคม การส่งเสริม การพัฒนา และเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง ความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้ รวมถึงการแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม⁵ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ในขณะตั้งครรภ์ช่วยในการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองและผลักดันให้มีการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมและพัฒนาตนเองในทุกระยะของการตั้งครรภ์⁶ การประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความเชื่อว่าหากบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสูง และจะประสบความสำเร็จในที่สุด⁷ การจัดโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่เป็นขั้นตอนชัดเจนยังก่อให้เกิดกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการพัฒนาความสามารถของตนเองให้เป็นไปในแนวทางที่ชัดเจนและดีขึ้น

นอกจากนี้ การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ด้วยวิธีปกติอาจไม่สามารถสร้างแรงจูงใจที่ดีกับผู้รับ บริการกลุ่มนี้ได้และทำอย่างไรจึงจะทำให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่จำเป็นและสำคัญในการ ดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ได้ พบว่าการนำแอปพลิเคชัน ที่เหมาะสมกับวัยรุ่นซึ่งนิยมใช้การสื่อสารผ่านโทรศัพท์มือถือ มีข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์การคลอด และการดูแลทารก สามารถช่วยเพิ่มพูนความรู้และทักษะ ในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ โดยสะดวกใน การค้นหา และสามารถนำไปใช้งานเกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ⁹ ผลการศึกษาในครั้งนี้นำมาสู่การศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อให้เป็นแนวทางในการจัดระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹⁰ เป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาสถานการณ์จริง (discovering reality) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจักษณ์ญาณ (critical reflection) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสถานการณ์จริง เป็นการที่บุคคลทำความเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพจริง โดยมีการตอบสนอง 3 ด้าน คือ 1) การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional response) 2) การตอบสนองทางารรู้คิด (cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง จะแสวงหาความช่วยเหลือโดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุด เพื่อประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ และ 3) การตอบสนองทางพฤติกรรม (behavioral

responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนปรับเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกจะสามารถแก้ไขปัญหายุ่งยากได้อย่างดี

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณเป็นการทบทวนสถานการณ์อย่างรอบคอบคิดวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกรับผิดชอบในการควบคุมตนเอง (sense of personal control) หากบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ได้ จะรู้สึกเข้มแข็งมีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้นโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจในขั้นตอนนี้ เป็นการฝึกทักษะเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้มีการตัดสินใจที่ดีและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีการแสวงหาทางเลือกและพิจารณาอย่างมีวิจรรย์ญาณ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด เกิดการยอมรับตนเอง (self-determination) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยและผู้รับบริการต้องร่วมกันหาข้อมูล พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมกันตัดสินใจปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ จัดกิจกรรมให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีการพิจารณาเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุดในเรื่องใด เพื่อควบคุมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นเพื่อช่วยในการตัดสินใจของตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยและผู้รับบริการจะปรึกษาหารือเกี่ยวกับการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาคือเคยนำไป

ปฏิบัติแล้วสำเร็จ เพื่อให้สร้างความมั่นใจในความสามารถของตน และสามารถนำพฤติกรรมกรรมแก้ไขปัญหานั้นไปใช้ในครั้งต่อไป ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาเกิดขึ้นหลังจากได้ปฏิบัติตามทางเลือกแล้ว ผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะร่วมมือในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาคือหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะรู้สึกมั่นใจและมีพลังอำนาจที่จะปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสม (Figure 1)

พฤติกรรมกรรมดูแลสุขภาพ (health behaviors) เป็นอีกปัจจัยในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามแนวคิดของเพนเดอร์¹¹ ที่กล่าวว่าสิ่งที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน ดังนั้น การให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่จะช่วยให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีในขณะตั้งครรภ์หรือช่วยลดความรุนแรงของภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขณะตั้งครรภ์

ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ (pregnancy outcomes) หมายถึง ภาวะสุขภาพของมารดาทารกในขณะระหว่างตั้งครรภ์และระยะท้ายของการตั้งครรภ์สาเหตุหลักของการมีผลลัพธ์สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในระยะตั้งครรภ์ที่ไม่ดีส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้องของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอดที่มากกว่าวัยผู้ใหญ่เช่นภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ ทารกน้ำหนักตัวน้อยภาวะคลอดก่อนกำหนดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์และภาวะทารกขาดออกซิเจน¹²

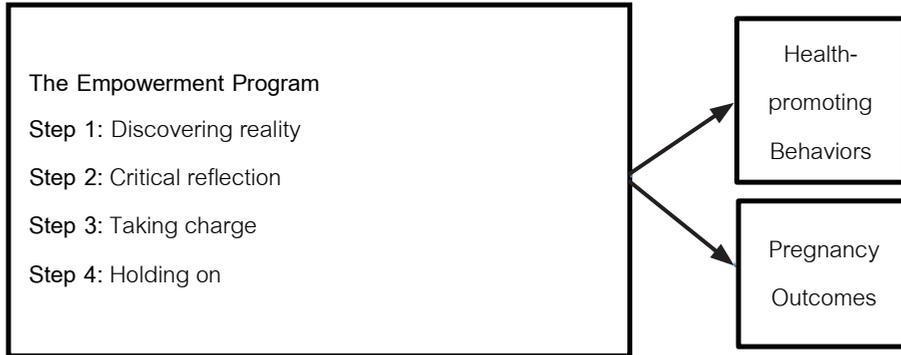


Figure 1 Conceptual framework of the study

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง (Quasi experiment with pre-post test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลประจำจังหวัดนครสวรรค์ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) อายุต่ำกว่า 20 ปี 2) อายุครรภ์ 26-28 สัปดาห์ 3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 5) ไม่มีความบกพร่องทางการรับรู้ เช่น พิการทางสายตา การได้ยิน หรือการพูด 6) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 รายโดยใช้ตารางเลขสุ่ม และกำหนดเลขบัตรประจำตัวหญิงตั้งครรภ์เลขที่เป็นกลุ่มทดลองเลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% อำนาจการทดสอบ 80% โดยใช้ความแปรปรวนและค่าเฉลี่ยของกลุ่มจากงานวิจัยของจันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ และคณะ¹³ ซึ่งมีลักษณะ

งานวิจัยที่ใกล้เคียงกันมีความแปรปรวน (O^2) เท่ากับ 12.29 ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ μ_1 และ μ_2 เท่ากับ 173, 162.27 ตามลำดับ คำนวณโดยใช้สูตรของ Cohen (1988)¹⁴ ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน ผู้วิจัยเก็บเพิ่มเป็นกลุ่มละ 30 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกิจกรรมรายบุคคลและรายกลุ่มดำเนินการเฉพาะในกลุ่มทดลองในระยะเวลา 10 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1 และ 2 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 3 ทำในสัปดาห์ที่ 6 และกิจกรรมที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 10 โดยในแต่ละกิจกรรม มีกิจกรรมทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล มีสาระดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (60 นาที) การค้นหาและวิเคราะห์สภาพการณ์จริงและส่งเสริมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกัน ทบทวนความเข้าใจถึงแนวทางของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมสาริตการดูแลตนเองเพิ่มเติมในเรื่องของวิธีการนับลูกดิ้น การเลือกอาหารที่เหมาะสม และการฝึกการออกกำลังกายการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยการใช้โปรแกรมประยุกต์บนอุปกรณ์สื่อสารชนิดพกพา PREG-CAL 3.0 ผู้เข้าร่วม

โครงการมีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจพิจารณาเลือกวิธีที่เหมาะสมในกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 (90 นาที) การพัฒนาทักษะในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองโดยใช้กรณีศึกษาเพื่อการวิเคราะห์เป็นแนวทางแบบอย่างกลุ่มเลือกผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการยอมรับว่ามีศักยภาพในการดูแลตนเองมีสุขภาพแข็งแรง 1 ราย และคัดเลือกอีก 1 ราย ที่ประสบปัญหาในการดูแลตนเองในระหว่างการตั้งครรภ์ และเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ภายหลังสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้และวิเคราะห์เปรียบเทียบจนเกิดความรู้สึกมีพลังความมุ่งมั่นและสนับสนุนบันทึกเป็น “บันทึกความมุ่งมั่นในการดูแลตนเอง (Self-commitment to self-care)” และตั้งใจดำเนินการให้สำเร็จด้วยตนเองและให้นำเสนอในกลุ่มเพื่อนำไปปฏิบัติโดยกำหนดระยะเวลา 5 สัปดาห์ เพื่อติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการสามารถติดต่อสื่อสารกันระหว่างการดูแลตนเองที่บ้าน และกรณีขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือก่อนนัดหมายในสัปดาห์ที่ 6 และผู้วิจัยดำเนินการโทรศัพท์ติดตามสนทนากับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่บ้าน

กิจกรรมที่ 3 (60 นาที) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพโดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการแต่ละคนเล่าประสบการณ์ความสำเร็จปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองตามความมุ่งมั่นที่ระบุในบันทึกความมุ่งมั่นในการดูแลตนเองเปรียบเทียบระหว่างบันทึกความมุ่งมั่นในการดูแลตนเองที่ระบุไว้กับสิ่งที่ได้ปฏิบัติจริงของแต่ละคนและร่วมกันแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะรวมถึงการเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและร่วมกันหาทางเลือกและสนับสนุนผู้ที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีทำความตกลงร่วมกันในการนำแนวทางการดูแลตนเองกลับไปปฏิบัติที่บ้านต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 4 (40 นาที) การสรุปและประเมินผลและปิดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยประชุมกลุ่มร่วมกันประเมินขั้นตอนต่างๆของการเข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกันสรุปบทเรียนที่ได้รับร่วมกันโดยผู้วิจัยทำหน้าที่บันทึกและให้ข้อมูลป้อนกลับที่จำเป็น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และความตั้งใจในการมีบุตร

2. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นของกรุณา ประมูลสินทรัพย์และคณะ¹⁵ ประกอบด้วย การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตนรวม 50 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี

3. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ดัดแปลงจากแบบฟอร์มการประเมินภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ของศิริพรฉายาทัพบ¹⁶ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และผลลัพธ์สุขภาพของมารดา 6 ด้าน ที่ได้จากเวชระเบียนและสมุดฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ได้แก่โรคโลหิตจางในระหว่างตั้งครรภ์ น้ำหนักรวมที่เพิ่มขึ้นความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการตั้งครรภ์เลือดออกทางช่องคลอดการแตกของถุงน้ำคร่ำ

ก่อนกำหนดและโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การประเมินผลของภาวะแทรกซ้อนแต่ละครั้งมีค่าเท่ากับ 0-2 คะแนนตามระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 1 คะแนน หมายถึง มีภาวะแทรกซ้อนไม่รุนแรง 2 คะแนน หมายถึง มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน ระดับคะแนนที่สูงแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์มาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่ทำงานวิจัยเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อาจารย์พยาบาลที่ทำงานวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก หลังจากนั้นนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษาตลอดจนเนื้อหาให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .89

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาทดสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .88 และในกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย จึงได้ขออนุญาตจากผู้ปกครอง

หรือสามีตามกฎหมายซึ่งได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และข้อมูลส่วนตัวถูกเก็บรักษาไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ เป็นรายบุคคล แต่รายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลโดยรวมแจ้งสิทธิยินยอมเข้าร่วมโดยสมัครใจ ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาไม่มีข้อยกเว้นใด ๆ และไม่มีผลกระทบต่อ การรับการรักษา และการบริการที่จะได้รับ กลุ่มตัวอย่างให้การยินยอม และลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มเข้าร่วมการวิจัย (consent form) การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษานามนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์จังหวัดนครสวรรค์ เลขที่ 56/2563 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อน

2. สำหรับกลุ่มควบคุม

2.1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่แผนกฝากครรภ์ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการวิจัยประโยชน์ของโครงการวิจัย

2.2 หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทำแบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

2.3 นัดหมายหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งต่อไปอีก 9 สัปดาห์ซึ่งตรงกับวันนัดของคลินิกฝากครรภ์ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม (สัปดาห์ที่ 10 ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที)

3. สำหรับกลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง pre-test ในสัปดาห์ที่ 1 และ post-test ในสัปดาห์ที่ 10

3.2 ดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มทดลองตามขั้นตอนที่กำหนดเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ลักษณะการกระจายของข้อมูลส่วนบุคคล เป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติ ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบ Independent t - test และ Chi - square test

2. วิเคราะห์ลักษณะการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์หลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา

ตัวอย่างกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนปลาย มีอายุอยู่ในช่วง 17-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 16.83 ปี (SD = 1.46) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 11,483.00 บาท (SD = 4,496) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 16.93 ปี (SD = 1.44) และมีรายได้เฉลี่ย 12,666.00 บาทต่อเดือน (SD = 7,526) การศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาจำนวนเท่ากัน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และมีความตั้งใจมีบุตรและไม่ตั้งใจมีบุตรจำนวนเท่ากัน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 เมื่อทดสอบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test และ Chi - square test พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) (Table1)

Table1 Comparisons of baseline demographic characteristics of the participants between the control and the experimental groups using Chi-square test and Independent t-test

Demographic data	Experimental group (n= 30)	Control group (n= 30)	χ^2	t	p-value
Age(years) (M, SD)	16.83(1.46)	16.93 (1.44)		-.267	.790
Income (Baht/month)(M, SD)	11,483.00(4,496)	12,666.00(7,526)		-.739	.463
Education level (n, %)					
Primary school	8 (26.7%)	15(50%)	3.455		.063
Secondary school	22(73.3%)	15(50%)			
Pregnancy intentions (n, %)					
Intended	15(50%)	16 (53.3%)	.067		.796
Unintended	15(50%)	14 (46.7%)			

ในระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.60, SD = 0.41) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม (M = 2.69, SD = 0.39) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดในด้านการจัดการกับความเครียด (M = 3.46, SD = 0.36) รองลงมาคือด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (M = 3.35, SD = 0.49) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดคือด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (M = 3.48,

SD = 0.47) รองลงมาคือด้านการจัดการกับความเครียด (M = 3.42, SD = 0.47) (Table 2)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการเข้าโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจทั้งรายด้านและโดยรวมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (Table 2)

Table 2 Comparisons of health-promoting behaviors between the control and the experimental groups before the intervention using Mann-Whitney U test

Health-promoting behaviors	Group	M	SD	Mean Ranks	Sum of Ranks	Z	p-value
Nutrition	experimental	2.60	0.41	28.75	862.5	-.901	.368
	control	2.69	0.39	32.25	967.5		
Health responsibility	experimental	2.78	0.42	29.57	887	-.514	.608
	control	2.83	0.36	31.43	943		
Physical activity	experimental	2.66	0.58	27.93	838	-.144	.253
	control	2.85	0.59	33.07	992		
Interpersonal relation	experimental	3.13	0.37	27.50	825	-1.344	.179
	control	3.25	0.38	33.50	1005		
Stress management	experimental	3.46	0.36	30.67	920	-.075	.940
	control	3.42	0.47	30.33	910		
Spiritual growth	experimental	3.35	0.49	27.80	834	-1.208	.227
	control	3.48	0.47	33.20	996		
Overall health-promoting	experimental	3.00	0.35	28.60	858	-0.843	.399
	control	3.09	0.34	32.40	972		

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test

พบว่าภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Table 3)

Table 3 Comparisons of health-promoting behaviors before and after the intervention in the experimental group using Wilcoxon signed ranks test (n = 30)

Health-promoting Behaviors	M	SD	Mean Ranks	Sum of Ranks	Z	p-value
Before	3.00	.35	9.00	9.00	-4.598	<.001
After	3.43	.22	15.72	456		

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อให้มั่นใจว่าความแตกต่างของผลลัพธ์เกิดขึ้นจากการได้รับการทดลอง (treatment) ที่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย

ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 40.67, SD = .22$), $Z = -4.530, p < .001$) (Table 4)

Table 4 Comparisons of health-promoting behaviors between the control and experimental groups after the intervention

Health-promoting Behaviors	n	M	SD	Mean Ranks	Sum of Ranks	Z	p-value
Experimental group	30	3.43	.22	40.67	1220	-4.530	<.001
Control group	30	3.11	.33	20.33	610		

ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม มากกว่าร้อยละ 80 มีภาวะเม็ดเลือดแดงอยู่ในเกณฑ์ปกติพบภาวะโลหิตจางตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก¹⁷ ประมาณร้อยละ 4 และร้อยละ 6 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ โดยมีค่าฮีโมโกลบิน (Hb) เฉลี่ย <11 g/dl หรือ Hct <33 mg % ตามลำดับ ส่วนการเพิ่มของน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ปกติตลอดการตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม¹⁸ มีน้ำหนักตัวเพิ่ม 250 - 500 กรัมต่อสัปดาห์ หรือน้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 86.7 และ 83.3 ตามลำดับส่วนระดับความดันโลหิต ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ระดับเล็กน้อย (mild pre-eclampsia) จำนวน 3 และ 4 รายส่วนใหญ่ไม่พบภาวะความดันโลหิตผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 90 และ 86.7 ตามลำดับ การมีเลือดออกทางช่องคลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบกลุ่มละ 1 ราย ภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบจำนวน 8 รายในแต่ละกลุ่ม และปกติไม่มีน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์คลอด คิดเป็นร้อยละ 73.3 ทั้งสองกลุ่ม

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงแบบไม่ต้องรักษาขณะตั้งครรภ์ พบจำนวน 8 คน (26.7%) และ 10 คน (33.3%) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ และมีระดับน้ำตาลในเลือดปกติเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 66.7 ตามลำดับคะแนนผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์โดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์โดยรวม 0 คะแนน ร้อยละ 43.3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 0.93 คะแนน (SD = .91) และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์โดยรวมสูงสุดอยู่ในช่วง 2 คะแนน ร้อยละ 43.3 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 1.17 คะแนน (SD = 0.83) (Table 5)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า คะแนนผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (Table 6)

Table 5 Pregnancy outcomes in the experimental and control groups after the intervention (10th week)

Pregnancy outcomes	Experiment Group	Control Group
	n(%)	n(%)
Anemia		
- Normal (Hb > 11g/dl or Hct. > 33 mg %)	26 (86.7)	24 (80.0)
- Hb = 10-11 g/dl Hct = 30-33 mg %	4 (13.3)	5 (16.7)
- Hb < 10 g/dl Hct < 30mg %	-	1 (3.3)
Gestational weight gain		
- Normal	26 (86.7)	25 (83.3)
- Excessive	4 (13.3)	5 (16.7)
Pregnancy-induced hypertension		
- No hypertension	27 (90.0)	26 (86.7)
- Mild pre-eclampsia	3 (10.0)	4 (13.3)
Bleeding per vagina		
- No bleeding	29 (96.7)	29 (96.7)
- Bleeding at < 28 weeks of gestation	1 (3.3)	1 (3.3)
Premature Rupture of Membranes		
- no premature rupture of membranes	22 (73.3)	22 (73.3)
- premature rupture of membranes< 24 hours	8 (26.7)	8 (26.7)
Gestational diabetes mellitus		
- Normal Blood sugar	22 (73.3)	20 (66.7)
- Hyperglycemia	8 (26.7)	10 (33.3)
Pregnancy Outcome score	Mean = 0.93, SD = 0.91	Mean = 1.17, SD = 0.83
- 0score	13 (43.3)	8 (26.7)
- 1 score	6 (20.0)	9 (30.0)
- 2 scores	11 (36.7)	13 (43.3)

Table 6 Comparisons of pregnancy outcomes between control and experimental groups after the intervention using Mann-Whitney U test

Pregnancy outcomes	n	M	SD	Mean Ranks	Sum of Ranks	Z	p-value
Experimental group	30	0.93	.91	40.67	1220	-1.018	.309
Control group	30	1.17	.83	20.33	610		

การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Table 3-4) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ¹⁹⁻²⁰ นอกจากนี้สามารถอธิบายจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของGibson¹⁰ ในส่วนของกิจกรรมการเรียนรู้เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในตนเองและประโยชน์และคุณค่าในการดูแลตนเองเมื่อได้รับการสนับสนุนจากระบบสนับสนุนทางการพยาบาลใกล้ชิดต่อเนื่อง รวมถึงการมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองผ่านสื่อที่มีการพัฒนาแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์สื่อสารชนิดพกพาเป็นเครื่องมือช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น¹² เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนที่จะปฏิบัติการจัดการดูแลตนเองเกิดความมุ่งมั่นในการดูแลตนเองเพื่อทารกในครรภ์อย่างมีเป้าหมาย ประเมินได้จากการสร้างบันทึกความมุ่งมั่นและตั้งใจทำให้สำเร็จลุล่วง สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ นั้นต้องเกิดจากกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผลดี ผลเสียในการปฏิบัตินั้น ๆ ด้วยตนเอง มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง²¹ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มีค่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น

การศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ไม่เป็นไปตามมติฐาน (Table 6) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเข้ารับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลจึงทำให้สามารถคัดกรองและให้การดูแลที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องหลายประการ อาทิ เช่น ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ปัจจัยด้านบุคคลและวิถีในการดำเนินชีวิต ปัจจัยด้านจิตใจ และการติดเชื้อ²² การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ระดับการศึกษารายได้ ตลอดจนพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม การพบภาวะแทรกซ้อนน้อยในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์การมีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นต้น สอดคล้องกับการรายงานว่าวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย²³

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายสรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ยังไม่สามารถใช้ในการอธิบายความแตกต่างของผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลผลลัพธ์การตั้งครรภ์เก็บรวบรวมจากเวชระเบียน เป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้ นอกจากนี้การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าด้วยเกณฑ์ที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่ปรากฏภาวะแทรกซ้อนการศึกษาในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์จะเป็นประโยชน์แก่สตรีวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวและทารกในครรภ์ซึ่งสามารถนำไปออกแบบการวิจัยในกลุ่มเสี่ยงในอนาคตให้

ครอบคลุม นอกจากนี้ ยังพบว่า ร้อยละ 50 ของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่ตั้งใจจะตั้งครรภ์ จึงควรทำการศึกษาควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ และควรติดตามไปจนถึงระยะหลังคลอดเพื่อใช้เป็นแนวทางดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อย่างเหมาะสมต่อไป

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ควรมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น รวมไปถึงการใช้แอปพลิเคชันในการให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น

References

1. Chittacharoen A. Teenage pregnancy: The Complications. Rama Med J 2010; 33(4): 233-5. (in Thai)
2. World Health Organization. World health statistics 2022: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [internet]. 2022 [cited 2565 December 12]: 69. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356584>
3. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, Thailand. Data of pregnant women aged 15-19 years and population data in the middle of 2010-2020. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/kpi_2563_edit4.pdf(in Thai)
4. Klomyong S, Suppaseemanont W, Deoisres W. Factors influencing qualified antenatal care visits among pregnant adolescents. JPNC 2020; 31(2): 41-56. (in Thai)
5. Gibson CH. A Concept Analysis of Empowerment. JAN 1991; 16(3): 354-61.
6. Rahman M. Women's autonomy and unintended pregnancy among currently pregnancy women in Bangladesh. Maternal Child Health J 2012; 16(6): 1206-14.
7. Becker H, Stuijberge A, Oh HS, Hall S. Self-rated abilities for health practices: A health self-efficacy measure. Health Values 1993; 17(5): 42-50.
8. Lee Y, Moon M. Utilization and Content Evaluation of Mobile Applications for Pregnancy, Birth, and Child Care. Healthc Inform Res 2016; 22(2): 73-80.
9. Daly LM, Horey D, Middleton PF, Boyle FM, Flenady V. The Effect of Mobile App Interventions on Influencing Healthy Maternal Behavior and Improving Perinatal Health Outcomes: Systematic Review. JMIR Mhealth Uhealth 2018 Aug 9; 6(8): e10012. doi: 10.2196/10012. PubMed PMID: 30093368.
10. Gibson CH. The Process of Empowerment in Mother of Chronically Ill Children. JAN 1995; 21(6): 1201-10.
11. Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. (6th ed.). Boston: Pearson; 2011. p. 45.
12. Suwanwanich M. Teenage Pregnancy and Adverse Birth Outcomes at Ratchaburi Hospital. Reg 4-5 Med J 2016; 35(3): 150-7.
13. Kanjanawetang J, Choksuwattanasakul M, Sittivong S. Development of application program on personal communication devices for promoting health of pregnant women (PREG-CAL 3.0). Suranaree University of Technology; 2018. (in Thai)
14. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). New Jersey, U.S.: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
15. Pramoolsinsup K, Khungtumneam K, Kompayak J, Kovavisarach E. The effect of health promotion program on health promoting behavior primigravida adolescents. JNATNO 2013; 31(4): 54-60. (in Thai)
16. Chayathab S. Self-care Behavior and Selected Factors Affecting Outcomes of Pregnancy in Adolescent Mothers. Mahidol University; 2006. (in Thai)
17. World Health Organization. Worldwide prevalence of anemia 1993-2005: WHO global database on anemia. / Edited by Bruno de Benoist, Erin McLean, Ines Egli and Mary Cogswell. World Health Organization [internet]. 2008 [cited 2565 December 10]: 14. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43894>

18. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines; Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington (DC): National Academies Press (US) [internet]. 2009 [cited 2565 December 10]; 17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32813/> doi:10.17226/12584
19. Buakhai P, Rithpo P, Inkwaee T. The effects of empowerment program on knowledge perception and health behavior during pregnancy and postpartum among incarcerated pregnant and postpartum women. *Nursing Public Health and Education Journal* 2019; 20(1):28-39. (in Thai)
20. Kongngern P, Wongasa W, Sombatsirinan K. Empowerment program for pregnant women with preterm birth risks and their husbands could impact their health-promoting behavior, number of preterm births and low birth-weight infants. *TJNC* 2016; 31(3): 67-82.
21. Wangtapan K, Komphayak J, Seekao O. Stroke prevention self-management program in patients with uncontrolled hypertension. *rdhsj* 2020; 13(1): 422-30. (in Thai)
22. Poomsanguan K. Health and Health Promotion: Nurses' Important Role. *JRTAN* 2014; 15(2):10-4. (in Thai)
23. Pillitteri A. *Maternal and child health nursing*. (7thed.). Philadelphia: J. B. Lippincott; 2014.