

# ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ในการคลอดก่อนกำหนดและสามีมืดต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ปิยะพร กองเงิน M.N.S\*

วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา M.S.C\*\*

กาญจนา สมบัติศิริพันธ์ B.N.S\*\*\*

**บทคัดย่อ:** วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามีมืดต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

**การออกแบบวิจัย:** การวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

**วิธีดำเนินการวิจัย:** คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามีมืดมาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 116 คู่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 58 คู่ กลุ่มควบคุม 58 คู่ กลุ่มทดลองสตรีตั้งครรภ์และสามีมืดได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ (2) แบบประเมินพฤติกรรมของสามีมืดในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติพรรณนา การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

**ผลการวิจัย:** เมื่อสิ้นสุดการทดลองสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สามีมืดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) มีจำนวนการคลอดก่อนกำหนดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และจำนวนการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**ข้อเสนอแนะ:** ผลการศึกษาแสดงว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ช่วยลดจำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้ จึงเสนอแนะให้จัดโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดขึ้นในแผนกฝากครรภ์

วารสารสภาการพยาบาล 2559; 31(3) 67-82

**คำสำคัญ :** โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สตรีตั้งครรภ์ สามีมืด  
เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

\*ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ Email: sitkulanan@hotmail.com

\*\*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

\*\*\*พยาบาลชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลตรวจโรคสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนดนับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็กที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จในการแก้ไขปัญหา การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการตาย และภาวะทุพพลภาพของทารกแรกคลอด พบอุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนดได้ถึงร้อยละ 5-15 ของการคลอด และเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยในทารกถึงร้อยละ 50 เป็นสาเหตุของการตายปริกำเนิดถึงร้อยละ 60 ของอัตราการตายของทารกแรกเกิด<sup>1</sup> ในประเทศไทยปี 2548-2553 พบอุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนดประมาณ ร้อยละ 11.4 ต่อปี จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติฯ ในปีงบประมาณ 2556 พบว่ามีการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยคิดเป็นร้อยละ 11.1<sup>2</sup> ซึ่งนับว่ามีจำนวนสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็นจำนวนมาก เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่ได้ตั้งเป้าหมายในการลดอัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยไม่เกินร้อยละ 7 ของทารกคลอดมีชีพ<sup>3</sup>

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ยังยังไม่ได้เป็นสาเหตุทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยหรือน้ำหนักตัวน้อยมากเท่าไรจะมีอัตราการรอดชีวิตน้อยลงมากเท่านั้น รวมทั้งเกิดภาวะทุพพลภาพ และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ถึงแม้ว่าความก้าวหน้าของการรักษาด้วยยาและเทคโนโลยีจะเข้ามามีบทบาทในการดูแลสตรีตั้งครรภ์มากขึ้น แต่ยังไม่พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดยังไม่ลดลง<sup>4</sup> นอกจากผลข้างเคียงของยาที่มีต่อสตรีตั้งครรภ์และในครรภ์แล้ว สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะถูกจำกัดกิจกรรมและต้องนอนพักในโรงพยาบาลเป็นเวลาหลายวัน ส่งผลทางลบต่อร่างกาย

และอารมณ์ ได้แก่ ทำให้สูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อต่างๆ น้ำหนักลด อารมณ์ไม่มั่นคง การรับรู้ลดลง วิตกกังวล เครียดและหงุดหงิดง่าย<sup>5</sup> การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมของสตรีตั้งครรภ์ จากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ดั้งเดิม ไม่ว่าจะเป็นงานบ้าน หรือการดูแลบุตร เป็นผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะเครียด<sup>6</sup> ส่วนสามีจะเกิดความวิตกกังวลและความเครียดจากการดูแลรยาซึ่งไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนเดิม และต้องทำหน้าที่ต่างๆ แทนภรรยา นอกจากนี้พบว่า ทารกคลอดก่อนกำหนดที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน มีผลต่อความสมบูรณ์ทางอารมณ์และความผาสุกของครอบครัว<sup>4</sup> สตรีตั้งครรภ์บางรายต้องหยุดงาน ต้องลาออกจากงาน ต้องจ้างคนช่วยเลี้ยงดูบุตรที่มีอยู่ ทำให้สูญเสียรายได้และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผลจากปัญหาเศรษฐกิจจึงส่งผลให้เกิดความเครียดในครอบครัว<sup>7</sup> นอกจากนี้ยังทำให้ประเทศไทยต้องสูญเสียงบประมาณถึง 5,000 ล้านบาทต่อปี ในการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนด<sup>8</sup>

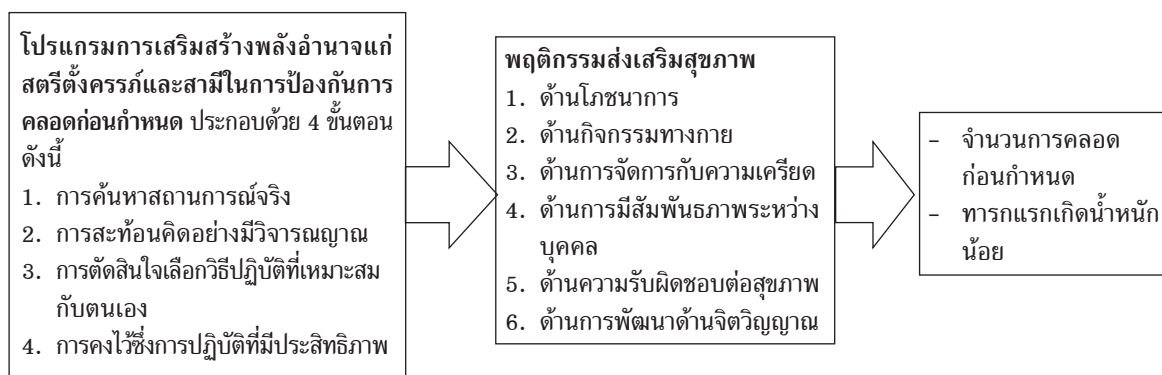
สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจนแต่ยังพบปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูกจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การไม่มาฝากครรภ์ การทำงานหนัก ความเครียด และขาดการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีที่มีปัจจัยเสี่ยงจึงมีความสำคัญมาก<sup>9</sup> การให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ให้เข้าใจปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด พยายามหลีกเลี่ยงหรือทำให้ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ศัลยกรรม และสูติกรรมลดลง อาจช่วยลดโอกาสของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้<sup>10</sup> ดังนั้นสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพ

ที่ดี เพื่อให้สามารถตั้งครุฑต่อไปจนอายุครุฑครบ กำหนดตลอดและทารกมีน้ำหนักปกติ และควรส่งเสริมให้สามีมีส่วนร่วมในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากสามีมีอิทธิพลอย่างมากต่อความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครุฑที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด<sup>10</sup> สามีเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและมีความผูกพัน เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพและมีความสำคัญ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์จากสามีจะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ และมีกำลังใจในการเผชิญปัญหา<sup>11</sup> การส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครุฑที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงเป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งซึ่งสามีควรปฏิบัติ เพื่อให้ภรรยาและทารกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครุฑที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครุฑที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามี ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักของทารกแรกเกิด โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน<sup>12</sup> และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>13</sup>

มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผลของการศึกษาคาดว่าจะนำไปสู่แนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสำหรับสตรีตั้งครุฑที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบที่เกิดกับมารดาและทารก

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ตามแนวคิดของกิบสัน<sup>12</sup> หมายถึง กระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้ และตระหนัก ตลอดจนพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา การแสวงหาและการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ บุคคลที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วจะเห็นคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตัวเอง เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำ และสามารถตัดสินใจดำเนินการได้ ดังนั้นแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครุฑที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามี ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

## สมมุติฐานการวิจัย

1. สตรีตั้งครรภ์ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพิ่มมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมีค่าเฉลี่ยมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. สามีภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพิ่มมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมีค่าเฉลี่ยมากกว่าสามีที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีจำนวนการคลอดก่อนกำหนด และจำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดที่มารับการตรวจในหน่วยตรวจสูติกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติฯ และสามี ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การรับภรรยาเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) คือ มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 12-16 สัปดาห์ อ่านและฟังภาษาไทยได้ดี มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดโดยประเมินจากแบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

โดยประยุกต์จากปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดของลินด์เซย์<sup>14</sup> ส่วนเกณฑ์การรับสามีเข้าร่วมโครงการ คืออยู่ร่วมกันกับภรรยา อ่านและฟังภาษาไทยได้ดี มีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ power analysis<sup>15</sup> กำหนด  $\alpha = .05$ , power = .80 และคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของปาริฉัตรและคณะ<sup>16</sup> ซึ่งมีลักษณะงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน โดยใช้สูตรของกลาส<sup>17</sup> ได้ effect size = .50,  $\alpha = .05$ , power = .80 จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 50 คู่ และเพื่อป้องกันความสูญหายอีก 15 % จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 58 คู่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวมทั้งหมดจำนวน 116 คู่ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่มาฝากครรภ์วันจันทร์-อังคาร กลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่มาฝากครรภ์วันพุธ-ศุกร์ ซึ่งจะไม่มีการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากหน่วยฝากครรภ์จะกำหนดจำนวนผู้รับบริการในแต่ละวันและนัดตรวจครั้งต่อไปในวันเดิมเพื่อไม่ให้มีจำนวนผู้รับบริการในวันใดวันหนึ่งจำนวนมากเกินไป จากนั้นทำการจับคู่เข้ากลุ่ม (matching pair group) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดใกล้เคียงกัน

## เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 2) คู่มือการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทั้งสองเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดของลินด์เซย์<sup>14</sup>

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสามี 3) แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ มีคำถามทั้งหมด 40 ข้อเป็นข้อความทั้งด้านบวกและลบ เกณฑ์ให้คะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมของสามีในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ มีคำถามทั้งหมด 40 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกทั้งหมด

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยยื่นโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 (รหัสโครงการวิจัยที่ 147/2556 อนุมัติวันที่ 24 มีนาคม 2557) เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยจึงนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ เพื่อดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากที่ได้กลุ่มตัวอย่างแล้วกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นรายบุคคล โดยบูรณาการการสนับสนุนของสามี จำนวน 8 ครั้ง โดยดำเนินโปรแกรมภายในห้องสอนสุขศึกษาซึ่งมีความเป็นส่วนตัวและมิดชิด ดังนี้ ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์

อธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือและความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนัดหมายให้พาสามีมาด้วยในการฝากครรภ์ครั้งต่อไป วันต่อมาผู้ช่วยวิจัยให้สตรีตั้งครรภ์และสามีตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด และแบบประเมินพฤติกรรมของสามีในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ใช้เวลา 30 นาที ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** การค้นหาสถานการณ์จริง เป็นการกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์และสามียอมรับเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดของตนเอง ได้แก่ การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ กับสามี การค้นหาสถานการณ์จริง โดยการให้วิเคราะห์ปัญหา ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ และผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนด การสรุปผลการค้นหาสถานการณ์จริง **ขั้นตอนที่ 2** การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการฝึกทักษะเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อให้ตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีการแสวงหาทางเลือกและพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ ได้แก่ ให้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด แล้วให้ร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สรุปปัญหาภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด **ขั้นตอนที่ 3** การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง เป็นขั้นตอนที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและสามีพิจารณาเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด

เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ให้ร่วมกัน  
เลือกวิธีป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสม  
สรุปวิธีป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ให้ความรู้ในการ  
ปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและเปิดโอกาสให้ซักถาม  
ข้อสงสัย รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์และ  
สามีเพื่อช่วยเหลือ และสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์ปฏิบัติ  
ได้อย่างเหมาะสม ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ  
อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะนี้หากมีปัญหาเกิดขึ้นหลังจาก  
นำความรู้ไปปฏิบัติตามแล้ว ผู้วิจัย สตรีตั้งครรภ์และ  
สามีจะช่วยกันในการหาวิธีการแก้ไขปัญหา เพื่อให้สตรี  
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีความมั่นใจและมีพลังอำนาจ  
ที่จะป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในขั้นตอนนี้แบ่งเป็น  
2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่กลับไปอยู่บ้าน ผู้วิจัยติดตามและ  
ประเมินผลการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์เมื่อกลับไป  
บ้าน โดยผู้วิจัยให้หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถสอบถาม  
ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ให้กับสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้สามารถ  
โทรปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ได้ และหากสตรีตั้งครรภ์ไม่มา  
ฝากครรภ์ตามนัดผู้วิจัยจะโทรศัพท์สอบถามปัญหา  
และสอบถามการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ หาก  
ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องจะกล่าวชมเชย หากปฏิบัติไม่  
เหมาะสมจะพูดให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง  
และนัดหมายวันเวลาที่จะมาฝากครรภ์และเน้นย้ำ  
ให้มาพบผู้วิจัยทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ระยะมาฝากครรภ์  
ที่โรงพยาบาล สร้างสัมพันธภาพโดยการสอบถามภาวะ  
สุขภาพ ชมเชยการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สอบถามและ  
ประเมินผลการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ให้ข้อมูลเพิ่มเติม  
ในสิ่งที่สงสัย หากมีปัญหาที่สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถ  
แก้ไขได้จะกลับไปทำขั้นตอนที่ 1 อีกครั้ง ส่วนกลุ่ม  
ควบคุม หลังจากทำ pre-test แล้วสตรีตั้งครรภ์ที่มี  
ภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด จะได้รับการดูแล  
ตามปกติคือการสอนสุขศึกษารวมกับสตรีตั้งครรภ์  
ปกติแล้วส่งพบแพทย์ และเมื่อถึงเวลาที่สตรีตั้งครรภ์  
เจ็บครรภ์คลอดให้โทรศัพท์แจ้งผู้วิจัย เพื่อดำเนินการ

บันทึกอายุครรภ์มารดาเมื่อคลอดน้ำหนักทารกแรกเกิด  
และให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ  
ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อน  
กำหนด และแบบประเมินพฤติกรรมของสามีในการ  
ส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการ  
คลอดก่อนกำหนดอีกครั้ง ในวันที่ 2 หลังคลอด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ข้อมูล  
โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS/PC)  
กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า  
.05 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง  
และภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดโดยการแจกแจง  
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
เพื่อบรรยายข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้สถิติ Chi-square  
test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลอง  
และกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ลักษณะการกระจายของ  
ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์  
เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์  
และสามี ด้วยการทดสอบโคลโมโกรอฟ-สมิเยร์นอฟ  
(Kolmogorov-Smirnov Test) กำหนดระดับนัยสำคัญ  
ทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์อายุครรภ์ของมารดาในระยะ  
คลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิด โดยการแจกแจง  
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ  
เปรียบเทียบผลต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม  
โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test) เปรียบเทียบ  
ผลต่างของพฤติกรรมสตรีตั้งครรภ์และสามีใน  
การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด  
ก่อนและหลังรับโปรแกรมโดยใช้สถิติทดสอบที  
(dependent t-test) เปรียบเทียบผลต่างของพฤติกรรม  
สตรีตั้งครรภ์และสามีในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน  
การคลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม  
ควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม  
(analysis of covariance : ANCOVA)

**ผลการวิจัย**

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ระยะเวลาหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 3.56, 3.25, 4.43, 2.83, 4.51 และ 4.22 ตามลำดับ, p < .05) ดังตารางที่ 1

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของสามีในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ระยะเวลาหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 2.51, 2.27, 3.41, 3.68, 3.52 และ 4.21 ตามลำดับ, p < .05) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ระยะเวลาก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของสตรีตั้งครรภ์	ก่อนทดลอง (n=58)		หลังทดลอง (n=58)		t	df	p (one-tailed)
	Mean	SD	Mean	SD			
ด้านโภชนาการ	25	5.09	30	4.94	3.56	57	.001*
ด้านกิจกรรมทางกาย	23	2.21	29	2.24	3.25	57	.033*
ด้านการจัดการกับความเครียด	6	1.35	10	2.02	4.43	57	.001*
ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	10	4.11	14	4.31	2.83	57	.014*
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	41	3.32	46	3.83	4.51	57	.001*
ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	12	2.44	17	2.85	4.22	57	.004*

p from dependent t-test, \*Significant at p < .05

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของสามีในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ระยะเวลาก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สตรีตั้งครรภ์ของสามี	ก่อนทดลอง (n=58)		หลังทดลอง (n=58)		t	df	P (one-tailed)
	Mean	SD	Mean	SD			
ด้านโภชนาการ	20	4.08	25	4.91	2.51	57	.027*
ด้านกิจกรรมทางกาย	21	2.82	27	2.74	2.27	57	.033*
ด้านการจัดการกับความเครียด	5	2.35	9	2.02	3.41	57	.031*
ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	9	3.11	13	3.31	3.68	57	.004*
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	36	3.34	40	3.09	3.52	57	.001*
ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	10	2.71	15	2.59	4.21	57	.011*

p from dependent t-test, \*Significant at p < 0.05

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและ  
 สามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

การตรวจสอบอิทธิพลของคะแนนพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อนทำการทดลองที่อาจเป็นตัวแปรร่วม (covariate) ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า คะแนนพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการทดลองมีการกระจายแบบปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงในแต่ละกลุ่ม (linearity) การทดสอบขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วมและตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มของตัวแปรอิสระที่ต้องไม่แตกต่างกัน (homogeneity of regression across-groups) พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างคะแนนพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ในการส่งเสริม

สุขภาพเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนการทดลองในแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน และคะแนนพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนการทดลอง (ตัวแปรร่วม) มีอิทธิพลต่อคะแนนพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังนั้น จึงทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภายหลังจากการทดลองมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F_{(1,113)} = 234.66, p < .001$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภายหลังจากการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 116)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์	SS	df	MS	F	Sig.
Adjusted between	6094.22	1	6094.22	234.66	.000*
Covariate	600.73	1	600.73	23.13	.582
Adjusted within	2934.69	113	25.97		
Total	9629.65	115			

p from analysis of covariate, R Square = .41, R Square Adjusted = .42, \*Significant at  $p < .05$

การตรวจสอบอิทธิพลของคะแนนพฤติกรรมของสามีในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อนทำการทดลองที่อาจเป็นตัวแปรร่วม (covariate) ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า คะแนนพฤติกรรมของสามีในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการทดลองมีการกระจายแบบปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงในแต่ละกลุ่ม (linearity) การทดสอบขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วมและตัวแปรตาม

ในแต่ละกลุ่มของตัวแปรอิสระที่ต้องไม่แตกต่างกัน (homogeneity of regression across groups) พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างคะแนนพฤติกรรมของสามีในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อนการทดลองในแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน ( $p < .001$ ) แต่ผลการตรวจสอบด้วย Levene's Test พบว่า ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมของสามีในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p = .40$ ) และคะแนนพฤติกรรมของ



สามี่ในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ก่อนการทดลอง (ตัวแปรร่วม) มีอิทธิพลต่อคะแนนพฤติกรรมของสามี่ในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังนั้น จึงทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติวิเคราะห์

ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) พบว่า คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมของสามี่ในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภายหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F_{(1,113)} = 260.15, p = .003$ ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของสามี่ในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ( $n = 116$ )

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสามี่	SS	df	MS	F	Sig.
Adjusted between	5834.22	1	5834.22	260.15	.003*
Covariate	612.00	1	612.00	27.29	.731
Adjusted within	2534.15	113	22.43		
Total	8980.38	115			

p from analysis of covariate, R Square = .38, R Square Adjusted = .40, \*Significant at  $p < .05$

กลุ่มทดลองมีผู้คลอดก่อนกำหนดจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.4 อายุครรภ์เฉลี่ย  $39 \pm 1.00$  สัปดาห์ ไม่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเฉลี่ย  $3,654 \pm 7.99$  กรัม ส่วนกลุ่มควบคุมมีผู้คลอดก่อนกำหนดคลอดจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 39.7 อายุครรภ์เฉลี่ย  $34 \pm 2.00$  สัปดาห์ มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน

25 คน คิดเป็นร้อยละ 43.1 โดยทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเฉลี่ย  $2,550 \pm 8.91$  กรัม พบว่ากลุ่มทดลองมีผู้คลอดก่อนกำหนด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.03, p < .05$ ) และพบว่ากลุ่มทดลองมีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 7.12, p < .05$ ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบน้ำหนักทารกแรกเกิดและอายุครรภ์มารดาในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลระยะคลอด	กลุ่มทดลอง (n=58)		กลุ่มควบคุม (n=58)		t	df	p (one-tailed)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
น้ำหนักทารกแรกเกิด							
ต่ำกว่า 2,500 กรัม	0	0.0	25	43.1	7.12	57	.009*
2,500-4,000 กรัม	58	100.0	33	56.9			
Mean $\pm$ SD	$3,654 \pm 7.99$		$2,550 \pm 8.91$				
(Min,Max)	(2,670, 3,880)		(1,200, 3,000)				

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและ  
 สามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบน้ำหนักทารกแรกเกิดและอายุครรภ์มารดาในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและ  
 กลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลระยะคลอด	กลุ่มทดลอง (n=58)		กลุ่มควบคุม (n=58)		t	df	p (one- tailed)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุครรภ์							
37 สัปดาห์ขึ้นไป	56	96.6	35	60.3			
34-36 สัปดาห์	2	3.4	12	20.7			
32-33 สัปดาห์	0	0.0	7	12.1			
28-31 สัปดาห์	0	0.0	3	5.2			
ต่ำกว่า 28 สัปดาห์	0	0.0	1	1.7			
รวมอายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์	2	3.4	23	39.7	4.03	57	.001*
Mean ± SD	39 ± 1.00		34 ± 2.00				
(Min,Max)	(36, 40)		(27, 39)				

p from independent t-test, \*Significant at < .01

### การอภิปรายผล

สมมุติฐานที่ 1 สตรีตั้งครรภ์ภายหลังได้รับ  
 โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม  
 ส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด  
 ทั้ง 6 ด้าน เพิ่มมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมี  
 ค่าเฉลี่ยมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตาม  
 ปกติ อธิบายได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ  
 ช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อน  
 กำหนดได้ค้นพบสถานการณ์ปัญหาที่เกิดกับตนเอง  
 มีการสะท้อนคิด ไตร่ตรอง สามารถวางแผนและตัดสินใจ  
 เลือกแนวทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน  
 ของตนเองและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง  
 การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้บุคคลเห็นคุณค่า  
 และมีความภาคภูมิใจในตัวเอง เชื่อมมั่นว่าตนเองมี  
 ความสามารถที่จะทำอะไรได้ และสามารถตัดสินใจ  
 ดำเนินการได้<sup>8</sup> การวิจัยในครั้งนี้มีการนำกระบวนการ  
 ให้การปรึกษามาใช้ร่วมด้วยโดยเน้นสัมพันธภาพที่ดี

ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง ทำให้เกิดความไว้วางใจ  
 มีการจัดบรรยากาศเป็นกันเอง ผ่อนคลาย มีความรู้สึก  
 ที่ดีต่อกัน นำไปสู่การเปิดเผยปัญหาและความรู้สึก  
 ที่แท้จริง ทำให้เข้าสู่ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้าง  
 พลังอำนาจได้อย่างราบรื่นและต่อเนื่อง มีการให้ข้อมูล  
 การสาธิต การให้ฝึกปฏิบัติโดยตระหนักถึงศักยภาพ  
 หรือข้อจำกัดของสตรีตั้งครรภ์ ทำให้เกิดความมั่นใจ  
 ในการปฏิบัติ นอกจากนั้นผู้วิจัยได้มอบคู่มือป้องกัน  
 การคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถ  
 ทบทวนและนำมาใช้ในการแก้ปัญหาได้ การให้คู่มือ  
 กลับไปบ้านเพื่อทบทวน ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่ม  
 ทดลองเกิดความเข้าใจสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและ  
 จดจำได้มากขึ้น เพราะสื่อการเรียนการสอนที่เป็นคู่มือ  
 เอกสารต่าง ๆ จัดเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้  
 ได้ดียิ่งขึ้น จากการซักถามพบว่าสตรีตั้งครรภ์ได้อ่าน  
 คู่มือที่ได้รับแล้วปฏิบัติตาม และส่วนใหญ่บอกว่าได้  
 อ่านมากกว่า 1 ครั้ง การนำคู่มือกลับไปอ่านทบทวน

ทำความเข้าใจหลาย ๆ ครั้ง จึงเป็นการเรียนรู้ซ้ำ ๆ ช่วยให้ความทรงจำดีขึ้นส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดีกว่ากลุ่มควบคุม ประกอบกับ ผู้วิจัยมีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตัวของ สตรีตั้งครรภ์เมื่อกลับไปบ้านทางโทรศัพท์และให้ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้วิจัยที่สามารถสอบถามได้ ตลอด 24 ชั่วโมง ให้กับสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้สามารถ โทรปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ได้ และหากสตรีตั้งครรภ์ไม่มา ผ่าครรภ์ตามนัดผู้วิจัยได้โทรศัพท์สอบถามปัญหา และสอบถามการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ หาก ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องจะกล่าวชมเชย หากปฏิบัติไม่ เหมาะสมจะให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง จึงช่วย ให้สตรีตั้งครรภ์มีความมั่นใจ มีกำลังใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอด ก่อนกำหนด นอกจากการเสริมพลังอำนาจแก่สตรี ตั้งครรภ์แล้วการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เสริม พลังอำนาจ แก่สามีในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เพื่อ ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากสามีเป็นบุคคล ที่อยู่ใกล้ชิดสตรีตั้งครรภ์และสามารถให้การสนับสนุน ทางสังคมได้มากที่สุด มีอิทธิพลต่อสตรีตั้งครรภ์และ ให้การช่วยเหลือสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ<sup>19</sup> การสนับสนุนจากสามีส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความสุข จิตใจที่ดีและส่งผลต่อการปรับบทบาทในการดูแล สุขภาพขณะตั้งครรภ์<sup>20</sup> สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหลัง การทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

สมมุติฐานที่ 2 สามีภายหลังได้รับโปรแกรม เสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทั้ง 6 ด้าน เพิ่มมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมีค่าเฉลี่ย มากกว่าสามีที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสามีในการป้องกันการ คลอดก่อนกำหนด มีผลทำให้สามีสามารถแสดง บทบาทการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์มากกว่า สามีที่ได้รับการพยาบาลปกติ ทั้งนี้เนื่องจากในการ ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมฯ ผู้วิจัยได้เปิดโอกาส ให้สามีซักถามข้อสงสัยร่วมกับการชักนำให้สามีที่ เป็นกลุ่มทดลองเกิดความต้องการในการเรียนรู้โดย ใช้เทคนิคและวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การซักถามปัญหา การซักถามความรู้ การร่วมนำเสนอข้อมูลที่มีความ สัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของสามี สามี จึงสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองเป็นแหล่งเรียนรู้ และนำไปประยุกต์กับความรู้ใหม่ เช่น การตั้งคำถาม ให้สามีตอบตามความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทสามีใน การดูแลสตรีตั้งครรภ์เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ซึ่งสามีส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าจะมีบทบาทที่เข้าไปมีส่วนร่วม อย่างไร และตอบว่ารีบพาไปโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงให้ ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของสามีในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ หากมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด พร้อมทั้งให้คำแนะนำ สาธิตและให้สามีสาธิตย้อนกลับ ส่งผลให้สามีมีความรู้ มีความเข้าใจว่าจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ใดบ้าง จะต้อง ให้การช่วยเหลือภรรยาอย่างไร การฝึกทักษะบทบาท ของสามีทำให้สามีได้รับประสบการณ์ตรง และได้เรียนรู้ อย่างเป็นรูปธรรมทำให้เกิดความเข้าใจและจดจำได้ดี รวมทั้งขณะที่ทำกิจกรรมได้เปิดโอกาสให้สามีซักถาม เป็นระยะ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ผ่อนคลายไม่เร่งรีบ ส่งเสริมให้สามีเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน กับสตรีตั้งครรภ์ โดยให้คู่สามีภรรยาช่วยกันสรุปประเด็น สำคัญที่ตรงกับปัญหา และความต้องการ เปิดโอกาส ให้ซักถาม และตอบข้อสงสัย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มอบ

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและ  
สามีมื้อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

คู่มือป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้หน้ากลับไปอ่านบททวน ซึ่งในคู่มือมีเนื้อหา “คุณพ่อจะช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างไร” การใช้คู่มือเป็นสื่อในการให้ข้อมูลทำให้สามีสมาสามารถบททวนเนื้อหาได้ตามต้องการ สามีกุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ จึงมีความพร้อมในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทั้งด้านความรู้และทักษะ ทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าสามีกุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดร่วมกับการสนับสนุนของสามีในการวิจัยครั้งนี้จึงทำให้สามีกายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมีค่าเฉลี่ยมากกว่าสามีกุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $p\text{-value} < .05$ )

สมมุติฐานที่ 3 สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีจำนวนการคลอดก่อนกำหนดและจำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่าเนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยด้านสูติกรรมของมารดาที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย เพราะทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตมากในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ เมื่อคลอดก่อนกำหนดจึงทำให้น้ำหนักไม่มากเท่าที่ควร<sup>21</sup> การให้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสามารถส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ได้ เนื่องจากเป็นโปรแกรมได้สนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร และการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์นอนหลับใน

ตอนกลางคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และในตอนกลางวัน 2-3 ชั่วโมง<sup>22</sup> หรือรวมเวลานอนได้มากกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน โดยเฉพาะช่วงปลายไตรมาสที่ 2 ถึงไตรมาสที่ 3 นอกจากนั้นควรนอนตะแคงซ้ายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง<sup>23</sup> เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปสู่มดลูก เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการพักผ่อนและการรับประทานอาหารที่เพียงพอจึงส่งผลต่อการเพิ่มของน้ำหนักทารกในครรภ์ โดยโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความไว้วางใจผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพโดยให้สตรีตั้งครรภ์เล่าพฤติกรรมนอนหลับพักผ่อนและการบริโภคอาหารในแต่ละวัน การฟังอย่างตั้งใจจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกมีคุณค่า และมีความหวังมีกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ การใช้คำถามและการสะท้อนคิดเป็นการกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ได้คิดและมองย้อนถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ มีผลให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจปัญหาและมีความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการสนทนากับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองพบว่า สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมนอนหลับพักผ่อนไม่เหมาะสม โดยส่วนใหญ่นอนวันละ 5-7 ชั่วโมง ไม่ได้นอนพักกลางวัน และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม โดยรับประทานอาหารในแต่ละวันไม่ครบ 5 หมู่ และมักจะรับประทานอาหารซ้ำๆ เช่น ข้าวเหนียวหมูปิ้ง ข้าวหมูกระเทียม ข้าวไก่กระเทียม ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ซึ่งมีปริมาณคาร์โบไฮเดรตและไขมันสูงกว่าโปรตีน รับประทานอาหารผักและผลไม้ไม่เพียงพอ รับประทานอาหารมื้อหลัก 2-3 มื้อ โดยไม่แบ่งรับประทานในมื้อย่อยๆ อาหารเสริมที่รับประทานส่วนใหญ่คือการดื่มนมหลังจากรับประทานอาหารมื้อเช้าและเย็น ผู้วิจัยจึงได้แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนอนหลับและปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามข้อปฏิบัติการกินอาหารของสตรีตั้งครรภ์และภาพชุดอาหารทดแทนให้เพิ่มชนิดและปริมาณอาหารโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ถั่ว นม ไข่ ปลาทะเล เช่น ปลาทู ปลาซาร์ดีน อาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น ไข่ เครื่องในสัตว์ อาหารที่มีโฟลิก เช่น คენน่า เห็ด กะหล่ำปลี อาหารที่มีแคลเซียม เช่น เต้าหู้ กุ้ง ปู ปลาเล็กปลาน้อย เน้นย้ำการรับประทานไข่ วันละ 1-2 ฟอง ซึ่งองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ได้กล่าวว่าไข่เป็นโปรตีนที่มีคุณภาพดีที่สุดมีประสิทธิภาพในการดูดซึมสูงกว่าโปรตีนชนิดอื่น (มีค่า Biological Value เท่ากับ 100) มีไขมันเพียงพอ ยังให้วิตามินและแร่ธาตุที่สำคัญ มีประโยชน์ต่อร่างกาย<sup>24</sup> และสามารถประกอบอาหารได้หลากหลาย ผู้วิจัยได้แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์เพิ่มมื้ออาหารว่างเป็น 2-4 มื้อ คือหลังตื่นนอนตอนเช้า ระหว่างมื้อเช้าและบ่าย และก่อนนอน อาหารว่างควรเป็นอาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็ก แคลเซียมสูง เช่น นม ถั่วต้ม พักทองนึ่ง และกล้วยน้ำว้า ในกล้วยน้ำว้ามีเส้นใยและกากอาหาร อุดมไปด้วยวิตามินที่ช่วยกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน มีโปรตีน กรดอะมิโนอาร์จินิน อีสติดิน คาร์โบไฮเดรต ประกอบด้วยน้ำตาล 3 ชนิด คือ กลูโคส ซูโคส และฟรุคโตส<sup>25</sup> ซึ่งให้พลังงานช่วยในการเจริญเติบโตของร่างกายทารกในครรภ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ร่วมกับสตรีตั้งครรภ์และสามีวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนอนหลับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ให้ข้อมูลที่สุดอดคล้องกับบริบทของสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงการชื่นชมจุดแข็งเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ และส่งเสริมให้สามีมีบทบาทในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ช่วยเลือกซื้ออาหารและดูแลให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และเปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถาม ทำให้สตรีตั้งครรภ์

เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวด้านการพักผ่อนและด้านโภชนาการมากขึ้นซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม การสรุปผลในการเข้าโปรแกรมแต่ละครั้งทำให้สตรีตั้งครรภ์และสามีเข้าใจประเด็นการปฏิบัติตัวที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและมั่นใจ นอกจากนั้นการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนอนและการบริโภคอาหารด้วยการให้ข้อมูลเพิ่มเติมและการชื่นชมถึงความสามารถในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องช่วยสร้างความมั่นใจในการส่งเสริมพฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อนและโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์มากขึ้น พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการนอนมากขึ้นโดยนอนวันละ 8-10 ชั่วโมง และบริโภคอาหารเหมาะสมมากขึ้น มีการรับประทานอาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็ก แคลเซียมสูงในปริมาณเพิ่มขึ้น และเพิ่มอาหารว่างระหว่างมื้อเป็นวันละ 2-3 แก้ว ไข่ กล้วยน้ำว้า และผลไม้อื่น ๆ สตรีตั้งครรภ์และสามีได้พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนอนหลับและการบริโภคอาหารมีผลต่อการเพิ่มของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ จึงช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และสามีตระหนักถึงการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการนอนหลับพักผ่อนและโภชนาการที่เหมาะสมต่อไป จะเห็นได้ว่าในการวิจัยครั้งนี้ในกลุ่มทดลองพบจำนวนการคลอดก่อนกำหนด 2 คน แต่ไม่พบทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จึงถือได้ว่ามีจำนวนการคลอดก่อนกำหนด และจำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .05)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะให้ผู้ที่สนใจศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้ศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและ  
สามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก ซึ่งจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์อาจส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ และเนื่องจากสตรีที่เคยผ่านการตั้งครรภ์มาแล้วหลายครั้งอาจมีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพที่ดี สามารถเข้าใจและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าสตรีครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์ตั้งครรภ์มาก่อน ส่วนข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปเสนอแนะให้มีการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองแก่สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังได้รับการรักษาและจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อติดตามความสามารถในการดูแลตนเองและการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประเมินงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โดยละเอียด และให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม ที่ให้คำแนะนำในการเขียนบทความวิจัย ขอขอบคุณสตรีตั้งครรภ์และสามี เจ้าหน้าที่ทุกท่านในหน่วยฝากครรภ์ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาค้นคว้า

### เอกสารอ้างอิง

1. Goldenberg RL. The management of preterm labour. *Obstet Gynecol* 2002; 100,1020-1037.
2. Tunnirundon Y. Essential role of progesterone in preterm labor prevention. Paper presented at the mid-year Conference 2013 of the Royal College of Obstetricians Thailand. Bangkok; 2013. ( In Thai )
3. Obstetrical Nursing Department. Birth Record. Pratumthani: Thammasat University Hospital; 2013. ( In Thai )

4. Ministry of Public Health Thailand. Health statistics. Bangkok: Department of health policy and planning. (In Thai)
5. Johnson P. Suppression of preterm labour. *JPOG* 1994;14-21.
6. Lowdermilk DL, Perry SE. *Maternity nursing* .6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby; 2006.
7. Coster-Schulz A & Mackey C. The preterm labor experience: a balancing act. *CNR* 1998; 7:35-359.
8. Schroeder A. Bed rest in Complicated Pregnancy. A Critical Analysis. *MCN Am J Matern Child Nurs* 1998; 45-50.
9. Charoenwit T. Pain and preterm labor. In: Charoenwit T, Uerpairojkit B, Manotaya s, Tanawatthanacharoen, Panyakumlert K, editors. *Obstetrics*. 4<sup>th</sup> ed. Bangkok: Department of Obstetrics - Gynecology. Chulalongkorn University; 2005. p. 317-26. ( In Thai )
10. Yusamran C, Konggeera U, Sirisomboon R, Pimol K, Chalermchokit U. Social support, Knowledge, and self-care ability of pregnant women with preterm labor. *Thai Journal of Nursing Council* 2007; 22: 60-72. ( In Thai )
11. Hildingsson I, Tingvall M, Rubertsson C. Partner support in the childbearing period a follow up study. *Woman and Birth* 2002;21:141-8.
12. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs* 1993;21: 1201-10.
13. Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 3<sup>rd</sup> ed. Imprint Norwalk, Connecticut : Appleton & Lange; 1996.
14. Lindsay P. Preterm labour. In: Christine H, Sue M, editors. *Mayer's midwifery: A textbook for midwives*. 13<sup>th</sup> ed. Tolonto: Bailliere Tindall. p.853-61.
15. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.

16. Arayajaru P, Serisathien Y, Yusamran C, Pahuwattanakom, W. The effects of knowledge program on anxiety, pain levels and pain coping behaviors among adolescent mothers in labor first. Thai Journal of Nursing Council 2011; 27, 96-107. ( In Thai )
17. Glass GV. Primary, secondary, and meta-analysis of research. ER 1976;52:117-25.
18. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs 1991;16:354-61.
19. Giblin PT, Poland ML, Sachs BA. Effects of social supports on attitudes and behaviors of pregnant adolescents. J Adolesc Health 1987; 8:273-9.
20. Pornsawas D. The support from husband, family support, and selected personal factors which have influenced the role of teenage mothers. [dissertation]. Chonburi: Burapa University; 2010. ( In Thai )
21. Ponglopisit S. The risk of mother-to-newborn birth weight less in Thoen Hospital, Lampang. Lampang Medical Journal 2009; 30: 146-53. ( In Thai )
22. Sherwen LN, Scoloveno MA & Weingarten CT. Maternity nursing: Care of the childbearing family. 3<sup>rd</sup> ed. The United State of America: Appleton & Lang; 1999.
23. Dickason EJ, Silverman BL & Kaplan JA. Maternal-infant nursing care. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis: Mosby; 1998.
24. Leslukekhanawong P. Eating Egg. [Internet]. 2012 [cite 2557Jan 15]. Available from: <http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/view.php?group=1&id=599>. ( In Thai )
25. Chinnapong P. Children and simple stories. [Internet]. 2553 [cite 2557 March 29]. Available from: <http://www.manager.co.th/Family/ViewNews.aspx?NewsID=9530000043291>. ( In Thai )

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและ  
สามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

## Impacts of an Empowerment Programme for Pregnant Women with Preterm Birth Risks and Their Husbands on Their Health-Promoting Behaviour, Number of Preterm Births and Low Birth-Weight Infants

*Piyaporn Kongngurn, M.N.S\**

*Wilialuck Wong-arsa, M.S.C\*\**

*Kanjana Sombutsirinun, B.N.S\*\*\**

**Abstract: Objective:** To study how an empowerment programme for pregnant women with preterm birth risks and their husbands could impact their health-promoting behaviour, number of preterm births and low birth-weight infants.

**Design:** Experimental two-group research with a pre-test and a post-test.

**Procedure:** The subjects consisted of 116 purposively sampled pairs of pregnant women and their husbands. These sampled women were receiving antenatal care at Thammasat University Hospital and had been diagnosed with preterm birth risks. The subjects were equally divided into a control group and an experimental group. Whilst the control group was given the hospital's standard care programme, the experimental group received the preterm birth prevention programme. The research instruments were (1) a form to evaluate pregnant women's health-promoting behaviour; and (2) a form to evaluate the husbands' behaviour in promoting their pregnant wives' health. The data were analysed using descriptive statistics, T-test and covariance analysis.

**Results:** After the experiment, the experimental group displayed a significantly higher average score on health-promoting behaviour for preterm birth prevention than the control group ( $p < .05$ ). The average score of the experimental group husbands on their behaviour in promoting their pregnant wives' health was also significantly higher than that of the control group husbands ( $p < .05$ ). Likewise, the number of preterm births and low birth-weight babies was significantly lower ( $p < .05$ ) in the experimental group than in the control group.

**Recommendations:** The study shows that this empowerment programme effectively improved both the pregnant women's and their husbands' health-promoting behaviour, as well as reducing the number of preterm births and low birth-weight babies. It is recommended that this empowerment programme be included as an antenatal care service.

*Thai Journal of Nursing Council 2016; 31(3) 67-82*

**Keywords:** empowerment programme; health-promoting behaviour; preterm labour; preterm births; low birth-weight babies

---

\*Corresponding Author, Assistance professor, Faculty of Nursing, Thammasat University. Email: sitkulanan@hotmail.com

\*\*Associate professor, Faculty of Nursing, Thammasat University.

\*\*\*Nurse senior professional level, Obstetrics and Gynecology department, Thammasat University Hospital.