

ผลของโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สุรีพร กัฬหะสุต^a, พนิดา เชียงทอง^{*}, สุรัชณา พงษ์ปรสุวรรณ์^{**},
นุชมาศ แก้วกุลชล^{***}, ศุจิรัตน์ ศรีทองเหลือง^{****}

บทคัดย่อ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความเครียดสูง ซึ่งการลดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ขณะนอนโรงพยาบาลนั้นสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาล ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอด กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสิ่งก่อความเครียดขณะพักรักษาในโรงพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ก่อนกำหนดคลอด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.91 ทำการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มด้วยสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.001$) และมีค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.009$) ผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้นำโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาล ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อลดความเครียดและสามารถตั้งครรภ์จนอายุครรภ์ครบกำหนดคลอดได้

คำสำคัญ: โปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาล; การสนับสนุนทางสังคม;
ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด; ความเครียด; หญิงตั้งครรภ์

^{*} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

^{**} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

^{***} อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

^{****} อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

^a ผู้เขียนหลัก: สุรีพร กัฬหะสุต Email: dec_goy2012@hotmail.co.th

รับบทความ: 16 ธ.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 21 ธ.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 21 ธ.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 1 ม.ค. 65

Effects of Antepartum Stressors Reduction Program and Social Supports on Stress and Gestational Age at Birth among Pregnant Women with Preterm Labor in Labor Room, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Sureeporn Gunhasuit^a, Panida Chiangtong^{*}, Suratchana Pongporasuwan^{**},
Nuchamart Gaewgoontol^{***}, Sujirat Srithongluang^{****}

Abstract

As symptoms of preterm labor are considered threatening to pregnancy, women who are at risk for such conditions need to be monitored in the hospital. This evidently increases their stress level, which consequently contributes to a higher risk of preterm birth. Effective stress-relieving strategies are, therefore, the key to prevent complications of pregnancy. This quasi-experimental research evaluated pre-post changes between two groups of pregnant women with preterm labor while in the hospital to assess the effectiveness of antepartum stressors reduction program and social support on stress and gestational age at birth. The subjects, 54 women with preterm labor, were divided into two groups (27 each) and selected to be the samples of this study. Instruments used in this study were: 1) antepartum stressors reduction program and social supports and 2) the Antepartum Hospital Stressors Inventory (AHSI) with Cronbach's alpha coefficient of 0.91. The study was conducted between December 2020 and September 2021. The data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test.

The study found that the average stress level among subjects in the experimental group was significantly lower than that those in the control group at 0.05 significant level ($p=0.001$). Additionally, the experimental group was able to continue pregnancy with a significantly higher average length of pregnancy when compared to the control group at 0.05 significant level ($p=0.009$). The results confirmed that this maternal stressor reduction

^{*} Registered Nurse, Senior Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

^{**} Registered Nurse, Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

^{***} Instructor, Department of Maternal-Newborn Nursing and Midwifery, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

^{****} Instructor, School of Family Health and Midwifery Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

^a Corresponding author: Sureeporn Gunhasuit Email: dec_goy2012@hotmail.co.th

Received: Dec. 16, 21; Revised: Dec. 21, 21; Accepted: Dec. 21, 21; Published Online: Jan. 1, 22

program is effective in preventing preterm labor and should be recommended for nurses, midwives, and other health professionals who care for mothers and newborns to prevent premature births and improve the likelihood of full-term pregnancies.

Keywords: Antepartum stressors reduction program; Social supports; Preterm labor pain; Stress; Pregnant women

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก⁽¹⁾ ในปัจจุบันอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยที่พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 11.53 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 12.70 ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นอัตราการคลอดก่อนกำหนดที่สูงเป็นลำดับที่ 2 ของกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้^(2,3) จากอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดที่เพิ่มขึ้น ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานและกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงร้อยละ 10 เทียบจากปีที่ผ่านมาหรือน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 11⁽⁴⁾ ทำให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดในหลายจังหวัดมีแนวโน้มลดลง แต่ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2562 อัตราการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมากลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ จึงแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องติดตามและยังคงมีแนวโน้มที่อุบัติการณ์จะเพิ่มสูงขึ้น

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเครียด เป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด^(6,7) โดยความเครียดกระตุ้นให้ร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ สร้างสารกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ส่งผลให้มดลูกเกิดการหดตัวมากขึ้น⁽⁸⁻¹¹⁾ และหญิงตั้งครรภ์มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ สาเหตุของการเจ็บครรภ์ และต้องได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาของแพทย์⁽¹²⁻¹⁴⁾ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานเฉลี่ย 5-7 วัน^(15,16) ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และครอบครัว ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจจากผลข้างเคียงของยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก จนอาจทำให้เกิดความท้อแท้ในการรักษา^(13,17-19) การถูกจำกัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ทำให้รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง^(18,20) หญิงตั้งครรภ์จึงประเมินการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นภาวะคุกคามต่อตนเอง เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเครียด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์^(18,20) ซึ่งความเครียดที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ร่างกายหลั่งสารกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ทำให้ไม่สามารถยับยั้งการหดตัวของมดลูกได้ หญิงตั้งครรภ์จึงเจ็บครรภ์คลอดมากยิ่งขึ้นและมีโอกาสเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดได้สูง⁽⁸⁻¹¹⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า ความเครียดโดยส่วนใหญ่เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล^(15,21-23) เกิดในขณะที่หญิงตั้งครรภ์พักรักษาตัว จากการศึกษาของ White & Ritchie⁽²¹⁾ พบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เกิดจากสิ่งก่อความเครียด 7 ด้าน ได้แก่ 1) การแยกจากครอบครัวและสังคมใกล้ชิด

2) สภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล 3) ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ 4) การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ 5) การเปลี่ยนแปลงบทบาท/ภาพลักษณ์ของตนเอง 6) สภาพครอบครัว/ การทำบทบาทของสมาชิกในครอบครัว และ 7) ภาวะอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยสิ่งก่อความเครียดในด้านการแยกจากครอบครัวและสังคมใกล้ชิดและด้านภาวะอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเครียดมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาในปัจจุบันของ วิภาภรณ์ ตีปาละ⁽¹⁵⁾ และการศึกษาล่าสุดของ Ucar & Pinar⁽²³⁾

หน่วยงานห้องคลอด มีขอบเขตการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีแนวทางการรักษา โดยการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกและยากระตุ้นปอดทารก⁽¹⁴⁾ โดยเฉลี่ยประมาณ 5-7 วัน หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสติดต่อญาติผ่านการคุยโทรศัพท์ของหน่วยงานได้ 2-3 ครั้ง แต่ไม่ได้รับอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยม ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเครียดในระดับสูงกว่าปกติ จึงได้มีการศึกษาการลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการใช้อินเทอร์เน็ตเคลื่อนที่ติดต่อสื่อสารกับครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ติดต่อสื่อสารสามารถลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตาม การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์เป็นการสื่อสารผ่านการพูดคุย ตอบสนองทางด้านเสียง ไม่สามารถเห็นอาการปฏิกิริยาของผู้สื่อสาร จึงไม่อาจทดแทนความรู้สึกการถูกแยกจากครอบครัว จึงทำให้ความเครียดในด้านภาวะอารมณ์และการแยกจากครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ยังคงอยู่ ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวหรือจากสังคม (Social supports) จึงมีส่วนสำคัญในการลดความกลัว ความวิตกกังวลและความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด^(17,18,20,24,25)

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลโดยใช้แนวคิดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขณะพักรักษาในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอดของ White & Ritchie⁽²¹⁾ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House⁽²⁶⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ในการจัดกิจกรรมการพยาบาลและสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ได้เข้าเยี่ยมหรือเข้ามามีส่วนร่วมในการพยาบาล เพื่อลดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรถ่อได้จนอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด ลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ทารกแรกเกิดเสียชีวิต และการสูญเสียงบประมาณสุขภาพจากการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังเป็นการเสริมสร้างบทบาทอิสระทางการพยาบาลผดุงครรภ์และพัฒนาางานบริการการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบอายุครรภ์เมื่อคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขณะพักรักษาในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอดของ White & Ritchie⁽²¹⁾ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House⁽²⁶⁾ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล โดย White & Ritchie⁽²¹⁾ เชื่อว่า ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์และความเป็นอยู่ของครอบครัว รวมทั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสถานการณ์วิกฤตที่ทำให้เกิดความเครียดขึ้นจากสิ่งก่อความเครียด 7 ด้าน และ House⁽²⁶⁾ มีความเชื่อว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกได้รับการเอาใจใส่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เมื่อสามารถจัดการและลดความเครียดลงได้ ก็จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพกายและจิต โดยสามารถแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion support) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) ดังนั้นโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจึงประกอบไปด้วยกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดการลดความเครียดในแต่ละด้าน ประกอบการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเชื่อว่า เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมแล้ว จะมีความเครียดลดลง และสามารถตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอดโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา จำนวน 1,069 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่สูติแพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและต้องเข้ารับการรักษาภาวะดังกล่าว ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 54 ราย ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-34 ปี 2) มีอายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ 3) ไม่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 4) ไม่มีประวัติการรักษาทางจิตหรือกำลังรักษารับยาทางจิตเวช 5) มีระดับความเครียดตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป

โดยใช้แบบวัดความเครียดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS) ของ Janice⁽²⁷⁾ 6) ได้รับการรักษาด้วยยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 7) เข้ารับการรักษากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นครั้งแรก และไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด และ 8) มีบุคคลในครอบครัวที่สามารถเข้าเยี่ยมได้ตามเวลาที่ผู้วิจัยกำหนด

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) เมื่อแรกรับปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไป 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ภาวะน้ำเดิน ภาวะสายสะดือย้อย ภาวะ Fetal distress เป็นต้น และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ครบขั้นตอน (3 วัน) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ครบขั้นตอน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูลใหม่จนครบตามจำนวน ทั้งนี้สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกคัดออกจากการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะไม่ดำเนินการเก็บข้อมูลซ้ำอีก

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis)⁽²⁸⁾ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบ $(1-\beta)$ เท่ากับ 0.80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง (Effect size) คือ 0.5 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power⁽²⁹⁾ 3.1.9.2 จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 ราย ดังนั้นในงานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 ราย และกลุ่มควบคุม 27 ราย รวมทั้งหมด 54 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขณะพักรักษาในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอดของ White & Ritchie⁽²¹⁾ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House⁽²⁶⁾ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความยากง่ายของเนื้อหาและการนำไปใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมทั้งหมด 3 วัน ซึ่งในแต่ละวันประกอบด้วยแผนกิจกรรมดังนี้

1) **กิจกรรม “สานสายสัมพันธ์”** เป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้นเพื่อลดความเครียดด้านการแยกจากครอบครัวและสังคมใกล้ชิด (Separation) และด้านสภาพครอบครัว/ การทำบทบาทของสมาชิกในครอบครัว (Family status) พร้อมทั้งเป็นการสนับสนุนทางสังคม (ด้านอารมณ์) จากบุคคลในครอบครัว ให้กับหญิงตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยกำหนดให้บุคคลในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เข้าเยี่ยมเพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ลดความรู้สึกการถูกแยกจาก ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีโอกาสนำหน้าที่สมาชิกในครอบครัว

2) **กิจกรรมตกแต่งสถานที่** เป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้นเพื่อลดความเครียดด้านสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล (Environment) โดยผู้วิจัยจัดพื้นที่สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยแยกออกจากพื้นที่ห้องรอคลอด และจัดสภาพแวดล้อมภายในให้มีความผ่อนคลายมากที่สุด เพื่อลดสิ่งกระตุ้นจากสภาพแวดล้อม จัดให้มีสื่อให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ทีวีและเครื่องเล่นวิดีโอสำหรับฉายวีดิทัศน์การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้กับหญิงตั้งครรภ์ (การสนับสนุนทางสังคม: ด้านทรัพยากร)

3) กิจกรรม “เข้าใจอาการ” และกิจกรรม “การรับมือกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” เป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้นเพื่อลดความเครียดด้านภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (Health status) และความเครียดด้านการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communications) โดยผู้วิจัยแจ้งอาการปัจจุบัน แผนการรักษาของแพทย์ กิจกรรมการพยาบาลที่จะได้รับในแต่ละวัน จัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีการหดตัวของมดลูก วิธีการลดความกลัว ความวิตกกังวลและความเครียด โดยใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย หลีกเลียงศัพท์ทางการแพทย์ (การสนับสนุนทางสังคม: ด้านข้อมูลข่าวสาร) และมอบคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้กับหญิงตั้งครรภ์ (การสนับสนุนทางสังคม: ด้านทรัพยากร) พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และบุคคลในครอบครัวได้ซักถามถึงข้อสงสัย เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมแล้วผู้วิจัยสอบถามถึงแนวทางการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หากหญิงตั้งครรภ์และบุคคลในครอบครัวสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยให้คำชมเชยและให้กำลังใจ แต่หากยังไม่สามารถให้ข้อมูลย้อนกลับได้ ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติม พร้อมทั้งส่งเสริมและให้กำลังใจ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ (การสนับสนุนทางสังคม: ด้านการประเมินค่าและด้านอารมณ์)

4) กิจกรรม “Relax” เป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้นเพื่อลดความเครียดด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาท/ภาพลักษณ์ของตนเอง (Self-image) และด้านภาวะอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ (Emotions) โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีส่วนร่วมวางแผนในการทำกิจกรรมการพยาบาล โดยให้เป็นผู้เลือกกิจกรรมการผ่อนคลายด้วยตนเอง จัดเว้นการจำกัดกิจกรรม ส่งเสริมให้สามารถเคลื่อนไหวได้ตามต้องการ (ยกเว้นในกรณีที่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์) และหากมีกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ผู้วิจัยอธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบทุกครั้งก่อนที่จะทำกิจกรรมการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล นอกจากนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้พูดคุยถึงความต้องการขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ซักถามถึงข้อสงสัย รวมถึงความรู้สึกที่อาจไม่เป็นไปตามความคาดหวัง พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ (การสนับสนุนทางสังคม: ด้านอารมณ์จากบุคลากรทางการแพทย์)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลด้านสูติกรรม

2.2) แบบวัดความเครียดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) ของ Janice⁽²⁷⁾ โดยเครื่องมือนี้มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร มีตัวเลขจาก 0-10 ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้ในการคัดกรองระดับความเครียด ณ ช่วงเวลานั้นๆ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยให้หญิงตั้งครรภ์ทำเครื่องหมายกากบาท (X) บริเวณเส้นตรง ค่า 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเครียดเลย ค่า 10 คะแนน หมายถึง มีความเครียดมากที่สุด

2.3) แบบประเมินสิ่งก่อความเครียดขณะพักรักษาในโรงพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ก่อนกำหนดคลอด (The Antepartum Hospital Stressors Inventory: AHSI) ของ สุรัชนา พงษ์ปสรสุวรรณ⁽¹⁶⁾ มีเนื้อหาเป็นแบบประเมินความเครียดที่เกิดจากสิ่งก่อความเครียดในโรงพยาบาลทั้ง 7 ด้าน มี 45 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละด้าน 0-4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง สิ่งก่อความเครียดนั้นตรงกับความรู้สึกของ

หญิงตั้งครรภ์น้อยที่สุดหรือไม่มีเลย ส่วน 4 คะแนน หมายถึง สิ่งก่อความเครียดนั้นตรงกับความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด แปลผลจากคะแนนรวมทั้งหมด หาค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α coefficient) ได้เท่ากับ 0.91

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยใช้เวลาทั้งหมด 9 เดือน ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 โดยผู้วิจัยเริ่มทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน จำนวน 27 ราย เมื่อครบจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในกลุ่มทดลอง จำนวน 27 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการวิจัย และป้องกันการเกิดปัญหาจริยธรรม เกิดความไม่เท่าเทียมในการได้รับ Intervention ดังกล่าว

1. **กลุ่มควบคุม (Control group)** คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงโครงการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตติดต่อสอบถามอายุครรภ์เมื่อคลอดหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินข้อมูลทั่วไปและแบบประเมิน AHSI ครั้งที่ 1 ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ มีการประเมินการหดตัวของมดลูก ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลความสุขสบายทั่วไป และให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการรักษาของแพทย์ ญาติสามารถโทรศัพท์เข้ามาสอบถามอาการได้ แต่ไม่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม (วันที่ 3) ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบประเมิน AHSI ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือก่อนย้ายขึ้นหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์

2. **กลุ่มทดลอง (Experimental group)** คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการพยาบาลปกติ กำหนดระยะเวลาดำเนินการในระหว่างวันที่ 1-3 ของการนอนโรงพยาบาล โดยในวันที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงโครงการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตติดต่อสอบถามอายุครรภ์เมื่อคลอดหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินข้อมูลทั่วไปและแบบประเมิน AHSI ครั้งที่ 1 ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจนถึงวันที่ 3 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบประเมิน AHSI ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือก่อนย้ายขึ้นหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์

3. เมื่อหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดต่อสอบถามอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ โดยตรวจสอบซ้ำจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลและสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หน้าบันทึกการคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล นำข้อมูลดังกล่าวมาลงรหัส พร้อมทั้งทำการตรวจสอบข้อมูลซ้ำเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการลงบันทึก จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ วิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Independent t-test, Chi-square test หรือ Fisher's exact test 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ

Independent t-test 4) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง 156/2020 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือหากเข้าร่วมการวิจัยแล้วกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการยกเลิกและถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70 อายุระหว่าง 20-29 ปี อายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองเท่ากับ 26.11 ปี ($SD=4.55$) และในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 27.26 ปี ($SD=4.82$) หญิงตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่ และมากกว่าร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา หญิงตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 50 ประกอบอาชีพแม่บ้าน มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 21,240 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ลักษณะครอบครัวเป็นทั้งครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย หญิงตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 50 ต้องมีการรับผิชอบดูแลบุคคลในครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ข้อมูลทางสูติกรรม

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 28-32 สัปดาห์ ร้อยละ 33.30 มีอายุครรภ์ $32^{+1}-34^{+6}$ สัปดาห์ ถึงร้อยละ 66.70 โดยอายุครรภ์เฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 32.11 สัปดาห์ ($SD=1.48$) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 31.56 สัปดาห์ ($SD=1.99$) ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 63 ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในช่วง 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.30 ได้รับการฝากครรภ์ ร้อยละ 87.05 มีความตั้งใจมีบุตร อาการเมื่อแรกพบพบว่า ร้อยละ 48.15 ปากมดลูกเปิด 1-2 เซนติเมตร ร้อยละ 51.85 ปากมดลูกไม่เปิดแต่มีการหดตัวของมดลูก และมีอาการเจ็บครรภ์คลอดมาเอง ร้อยละ 53.70 แนวทางการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่ คือการจำกัดกิจกรรมบางส่วน คิดเป็น ร้อยละ 96.29 และการได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูก พบว่า ร้อยละ 48.10 ของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับยา Pethidine ร้อยละ 46.29 ได้รับยา Nifedipine ร้อยละ 40.80 ได้รับยา 2 ชนิด คือ Nifedipine และ Pethidine ส่วนจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.10 นอนโรงพยาบาลประมาณ 3 วัน เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทางสูติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในระดับสูง (Mean=93.67, SD=24.39) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในระดับปานกลาง (Mean=86.07, SD=18.62) แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p=0.204$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะของความเครียดก่อนการทดลองที่คล้ายคลึงกัน และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=58.93, SD=24.10) และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (Mean=83.33, SD=28.02) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ของการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=54$)

คะแนนความเครียด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง	93.67	24.39	86.07	18.62	-1.286	0.204
หลังการทดลอง	58.93	24.10	83.33	28.02	3.431	0.001*

* $p<0.01$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลองเป็นรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=54$)

การประเมินความเครียดรายด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
- การเปลี่ยนแปลงบทบาท/ภาพลักษณ์ของตนเอง	9.26	3.90	13.93	5.22	3.720	0.000*
- สภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล	11.18	5.03	15.74	5.34	3.227	0.002*
- การแยกจากครอบครัวและสังคมใกล้ชิด	9.52	4.34	13.26	4.39	3.147	0.003*
- การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ	6.56	3.46	10.15	4.83	3.142	0.003*
- สภาพครอบครัว/การทำบทบาทของสมาชิกในครอบครัว	3.78	2.06	5.81	2.77	3.062	0.003*
- ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์	12.56	5.15	17.03	5.91	2.967	0.005*
- ภาวะอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์	4.59	2.51	7.41	4.52	2.829	0.007*

* $p<0.01$

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอดที่ 36.96 สัปดาห์ (SD=1.74) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอดที่ 34.41 สัปดาห์ (SD=0.44) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t_{52}=-2.697$, $p=0.009$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ของการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=54)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด	36.96	1.74	35.41	2.44	-2.697	0.009*

* $p<0.05$

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อได้รับโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมแล้ว มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.001$) และมีค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t_{52}=-2.697$, $p=0.009$) นั่นคือ โปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความเครียดลดลงและสามารถตั้งครรภ์ต่อจนครบกำหนดได้มากขึ้น ซึ่งการที่โปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความเครียดลดลง สามารถอธิบายได้ว่า เกิดเนื่องจากการส่งเสริมกิจกรรมของผู้วิจัย ที่จัดกระทำต่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความเครียดในแต่ละด้าน ตามแนวคิดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอดของ White & Ritchie⁽²¹⁾ และการสนับสนุนทางสังคมของ House⁽²⁶⁾ โดยสามารถอธิบายจำแนกรายด้าน ได้ดังนี้

ด้านการแยกจากครอบครัวและสังคมใกล้ชิด และด้านสภาพครอบครัว/การทำบาทของสมาชิกในครอบครัว จากการจัดกิจกรรม “สานสายสัมพันธ์” การเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และบุคคลในครอบครัวได้พูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างครอบครัว แม้อาจจะไม่สามารถลดความเครียดจากการต้องถูกพักงานเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือการขาดรายได้ แต่การได้พูดคุยและมีกิจกรรมร่วมกันกับบุคคลในครอบครัวช่วยส่งเสริมในด้านการทำหน้าที่บทบาทสมาชิกในครอบครัว บทบาทของการเป็นภรรยาหรือบทบาทการเป็นมารดา ที่แม้จะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลแต่ก็สามารถทำหน้าที่นี้ได้ในรูปแบบของการให้คำปรึกษาได้ จึงส่งผลให้ค่าคะแนนความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ลดลง (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมที่สนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวได้เข้าเยี่ยมหรือมีกิจกรรมร่วมกัน สามารถลดความเครียดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่พบว่า การสนับสนุนด้านการบริการ การให้สามเ

ญาติเข้าเยี่ยมเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)⁽²⁵⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($r=0.58$, $p<0.01$)⁽³⁰⁾

ด้านสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล จากการจัดกิจกรรม “ตกแต่งสถานที่” โดยจัดเป็นห้องแยกออกจากพื้นที่ห้องรอลคลอด โดยลักษณะของห้องเป็นห้องปรับอากาศ มีเตียงสำหรับให้หญิงตั้งครรภ์นอนพักจำนวน 2 เตียง มีม่านกันระหว่างเตียง และมีโต๊ะข้างเตียงสำหรับเก็บของใช้ส่วนตัว มีเก้าอี้สำหรับให้บุคคลในครอบครัวนั่งประจำแต่ละเตียง มีการตกแต่งสถานที่ให้มีความผ่อนคลายโดยการติดรูปภาพทิวทัศน์ไว้ในบริเวณห้องพัก และนำอุปกรณ์ทางการแพทย์เก็บไว้เป็นสัดส่วน ไม่วางไว้ข้างเตียง งดการใช้เสียงดังบริเวณห้องพักของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเดิมที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจะต้องนอนภายในพื้นที่เดียวกันกับหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามารอลคลอด ต้องเผชิญกับภาพเหตุการณ์ความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารอลคลอด เมื่อมีการปรับเปลี่ยนสถานที่และจัดกิจกรรมดังกล่าวจึงทำให้ค่าคะแนนความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ลดลง แตกต่างกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับโปรแกรม ที่พบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 2) จึงแสดงให้เห็นว่า การจัดสถานที่เฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถลดความเครียดด้านสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลได้

ด้านภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และความเครียดด้านการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ จากการจัดกิจกรรม “เข้าใจอาการ” และ กิจกรรม “การรับมือกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” โดยหลังจากการให้กิจกรรมการพยาบาล การสอนสาธิตวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีการหดตัวของมดลูกด้วยตัวของผู้วิจัยเอง ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกกว่าตนเองได้รับการเอาใจใส่ การได้รับความเอาใจใส่นี้ ก่อให้เกิดความสนใจกับสภาวะที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็นวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีการหดตัวของมดลูก วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยา Nifedipine หรือ Pethidine พร้อมทั้งการกล่าวชมเชยเมื่อหญิงตั้งครรภ์สามารถสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้องจากผู้วิจัย ซึ่งการรับรู้ข้อมูล พร้อมกับการได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังกล่าว จึงเป็นผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความเครียดลดลง (ตารางที่ 2) เป็นไปตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House⁽²⁶⁾ ที่เชื่อว่า เมื่อบุคคลรู้สึกได้รับการเอาใจใส่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์และกิจกรรมการพยาบาล แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถลดความเครียดด้านภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทรจิรา กลมมา และคณะ⁽²⁵⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูล การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ให้เหมาะสมกับภาวะแทรกซ้อน เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) เช่นเดียวกัน กับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้สำหรับสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีการให้ความรู้

เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและให้คู่มือ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽³¹⁾

ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาท/ภาพลักษณ์ของตนเอง และด้านภาวะอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์
จากการจัดกิจกรรม “Relax” ให้กับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัวและความเครียด โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เป็นผู้เลือกกิจกรรมการผ่อนคลายด้วยตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์เลือกกิจกรรมการพักผ่อน การดูโทรทัศน์ และเทคนิคการนวดหรือลูบหน้าท้อง โดยหญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์สามารถมีอิสระในการทำกิจกรรม ไม่ต้องถูกบังคับให้นอนแต่บนเตียง (Absolute bed rest) หรือการต้องขยับร่างกายเพียง จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่รู้สึกสูญเสียอำนาจและด้อยคุณค่าในตนเอง รวมถึงการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความภาคภูมิใจในตนเอง ลดความรู้สึกของการเป็นภาระของบุคลากรทางการแพทย์และการสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง ดังนั้นค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาท/ภาพลักษณ์ของตนเองจึงมีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุด (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์มีสิทธิ์ในการเลือกกิจกรรมการพยาบาลรวมถึงการลดการถูกจำกัดกิจกรรม สามารถลดความเครียดด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาท/ภาพลักษณ์ของตนเองได้มาก นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้พูดคุย การรับฟังโดยไม่ตัดสินของผู้วิจัย ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเชื่อใจและไว้วางใจ (Trust and time) ที่จะแบ่งปันความรู้สึก แลกเปลี่ยนข้อมูล นำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเป็นอีกหนึ่งบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์⁽³²⁾ โดยหญิงตั้งครรภ์ได้ปรึกษาเกี่ยวกับความกังวลถึงสาเหตุของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยที่ตนไม่ทราบสาเหตุว่าเกิดจากอะไร จึงทำให้มีความวิตกกังวลมาก แต่หลังจากการพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกกับผู้วิจัยพร้อมกับที่ผู้วิจัยได้ตอบคำถาม หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าที่ดีขึ้น พูดคุยกับผู้วิจัยมากขึ้นและบอกว่าวิตกกังวลลดลง ซึ่งผลการวิเคราะห์นี้ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่หญิงตั้งครรภ์ การสร้างสัมพันธ์ภาพหรือการพูดคุยของผู้ให้บริการทางสุขภาพ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดลดลงได้⁽²⁵⁾ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ⁽³¹⁾ ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้สำหรับสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีการให้รับชมวีดิทัศน์การฝึกผ่อนคลายความเครียด วิธีการฝึกผ่อนคลายความเครียดและให้คู่มือ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ดังนั้น การส่งเสริมกิจกรรมเพื่อลดความเครียดทั้ง 7 ด้าน ตามแนวคิดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขณะพักรักษาในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอด จึงมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความเครียดลดลงขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากทั้งบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ จึงช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเครียดและปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่ความสามารถในการยับยั้งการคลอดที่ประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ครบกำหนดคลอดได้ (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ การส่งเสริมกิจกรรมดังกล่าวยังช่วยส่งเสริมให้พยาบาลผดุงครรภ์ สามารถ

ดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ได้แบบองค์รวม (Holistic caring process) ให้การดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ซึ่งรวมถึงร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ สังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม⁽³³⁾

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: โรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในห้องคลอด เพื่อส่งเสริมบทบาทอิสระทางการพยาบาลผดุงครรภ์ ลดความเครียดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ด้านการศึกษาทางการพยาบาล: เสนอแนะให้จัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร่วมกับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม

ด้านการศึกษาวิจัย: ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และญาติ หรือศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หรือผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
2. World Health Organization. Global Preterm birth Estimates [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 9]. Available from: <https://ptb.srhr.org/>
3. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller A-B, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health* 2019;7(1):e37-46.
4. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) Health outcome ตัวชี้วัดกำกับติดตาม: KPI 6 ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2563 กันยายน 9]:[หน้า 469-74]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.104.68/e-insreport/document_summarize.php
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. เอกสารประกอบการตรวจราชการกรณีปกติ รอบ 2/2562 วันที่ 5-7 มิถุนายน 2562: คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service plan) หัวข้อ สาขาสูติกรรม [Internet]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2563 กันยายน 9]:[หน้า 285-89]. เข้าถึงได้จาก: <http://odpc9.ddc.moph.go.th/Region9/region9.htm>
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY. Williams's obstetrics. (25th). NY: McGraw Hill Education; 2018.
7. Gray BA. A Ticking Uterus: How Nurses Can Identify, Treat and Prevent Preterm Labor. *Nursing for Women's Health* 2006;10(5):380-9.

8. Coussons-Read ME, Okun ML, Nettles CD. Psychosocial stress increases inflammatory markers and alters cytokine production across pregnancy. *Brain Behav Immun Health* 2007;21(3):343-50.
9. Lilliecreutz C, Larén J, Sydsjö G, Josefsson A. Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC pregnancy and childbirth* 2016;16(1):1-8.
10. Oakes MC, Chubiz J, Passafiume O, Bedrick B, England SK, Macones GA, et al. 1125: First trimester stress and depression as risk factors for preterm birth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2020;222(1):S692-3.
11. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth* 2015;28(3):179-93.
12. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (The management of preterm labour and preterm premature rupture of membranes) [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2563 กันยายน 9]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rtcog.or.th/home/cpg/1380/>
13. ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์. ตำราสูติศาสตร์ Modern textbook of obstetrics. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2560.
14. ศิริวรรณ แสงอินทร์. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2557;22(1):27-38.
15. วิภากรณ์ ดีปลาดะ. การเปลี่ยนแปลงสิ่งก่อความเครียดของสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
16. สุรัชณา พงษ์ปสรธรรม. การลดความเครียดโดยการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ติดต่อสื่อสารกับครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
17. บุญมี ภูด่านจัว, เกื้อพันธ์ กลั่นการดี, ราไฟ เกตุจิระโชติ. ประสบการณ์การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของมารดาหลังคลอดด้วยภาวะเลือดออกก่อนคลอดจากรกเกาะต่ำ: การวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารการพยาบาล* 2558;30(3):80-97.
18. Maloni JA, Kutil RM. Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2000;25(4):204-10.
19. Walker KF, Thornton JG. Tocolysis and preterm labour. *The Lancet* 2016;387(10033):2068-70.
20. Rubarth LB, Schoening AM, Cosimano A, Sandhurst H. Women's experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. *JOGN Nurs* 2012;41(3):398-407.

21. White M, Ritchie J. Psychological stressors in antepartum hospitalization: Reports from pregnant women. *Matern Child Nurs J* 1984;13:47-56.
22. Pinar SE, Ucar N. Mental health status of the women with risky pregnancies in the hospital and affecting factors. *Int J Caring Sci* 2017;10(3):1426-33.
23. Ucar N, Pinar SE. The hospital stressors and depression, anxiety levels in pregnant women hospitalized due to preterm delivery: A follow-up study. *Perspect Psychiatr Care* 2020;56(2):290-6.
24. อัสมะ จารู, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์* 2562;39(1):79-92.
25. จันทร์จิรา กลมมา, ฉวี เบาทรวง, นันทพร แสนศิริพันธ์. ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *พยาบาลสาร* 2560;44(3):9-18.
26. House JS. *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley; 1981.
27. Buelow JM. A correlational study of disabilities, stressors and coping methods in victims of multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 1991;23(4):247-52.
28. บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2550.
29. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. *G* Power Version 3.1. 9.2*. Schleswig-Holstein, Germany: University of Kiel; 2014.
30. ลักษณา เจริญราษฎร์, ฉวี เบาทรวง, นันทพร แสนศิริพันธ์. การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *พยาบาลสาร* 2560;48(1):222-33.
31. อัญชลี จิตราภิรมย์, จิรภา เสถียรพงศ์ประภา, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้สำหรับสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด. *พยาบาลสาร* 2561;45(4):47-55.
32. Pairman S, McAra-Couper J. *Theoretical frameworks for midwifery practice*. Australia: Elsevier Australia; 2015.
33. Mariano C. Holistic nursing as a specialty: holistic nursing-scope and standards of practice. *Nursing Clinics of North America* 2007;42(2):165-88.