

ผลของการจัดโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่อความเครียด การกลับมารักษาซ้ำและอายุ ครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

รัตนา ด้านปรีดา* วท.ม.

แสงนภา พรไทย** พย.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 74 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มทดลอง 37 คน ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด (2) กลุ่มควบคุม 37 คน ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานเดิม เครื่องมือเก็บข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการตั้งครรภ์ และแบบประเมินความเครียด (ST-5) ของหญิงตั้งครรภ์ (2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวทางโปรแกรมการจัดการความเครียด การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83, 0.80 และ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, pair t-test, independent t-test, Wilcoxon Signed Rank Test และ Mann Whitney U Test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด มีการกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .05$ ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองมีอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ภายหลังจากพัฒนาโปรแกรม พยาบาลมีคะแนนความรู้ และคะแนนความพึงพอใจ สูงกว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $< .001$ ตามลำดับ) ดังนั้น โปรแกรมการจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถใช้เป็นแนวทางการพยาบาลในการจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัย มีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่กลับมารักษาซ้ำ

คำสำคัญ: ความเครียด, การกลับมารักษาซ้ำ, คลอดก่อนกำหนด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

Correspondence author E-mail: ratana1007@gmail.com

The Effect of Stress Management Program on Stress, Readmission and Gestational Age at Birth in Pregnant Women with Preterm Labor

Ratana Danpreeda* M.Sc.

Sangnapa Pornthai** M.N.S.

Abstract

The quasi-experimental research aimed at examining the effect of the stress management program in the pregnant women with preterm labor. The sample consisted of pregnant women with preterm labor, who were admitted in the labor unit, Sakaeo Crown Prince hospital. A purposive sampling of 74 participants were recruited and divided into 2 groups (1) the experimental group composed of 37 participants received the stress management program (2) the control group contained 37 participants received usual standard care. Data collecting tools included (1) personal data, pregnancy history, and ST-5 stress questionnaire of the pregnant women. (2) personal data, knowledge and satisfaction of the nurses on stress management program. The content validity was evaluated yielding the number of 1, the reliability was 0.83, 0.80 and 0.86 respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Chi-square, paired t-test, independent t-test, Wilcoxon Signed Rank Test, and Mann Whitney U Test.

The results showed that the average stress score and readmission of the experimental group were statistically significant lower than the control group, after participating the stress management program ($p < .05$, $p < .05$, respectively). Gestational age at birth of the experimental group was statistically significant more than the control group ($p < .05$). Knowledge and satisfaction of the nurses after developed the program were statistically significant higher than before developed the program ($p < .05$, $< .001$, respectively). Therefore, the stress management program in pregnant women with preterm labor can be used as a nursing practice guideline to keep pregnant women safety, maintain full-term pregnancy without complications and readmission.

Key words: stress, readmission, preterm labor

* Senior Professional Registered Nurse, Sakaeo Crown Prince Hospital

**Professional Registered Nurse, Sakaeo Crown Prince Hospital

Correspondence author E-mail: ratana1007@gmail.com

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ถึงร้อยละ 40-50 และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มสูงขึ้น อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกในปี พ.ศ. 2558 พบ 15 ล้านคนหรือมากกว่า 1 คนจากทารก 10 คน¹ สำหรับประเทศไทยพบหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด ปีละ 64,000-80,000 คน² สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่ามีการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้นจากร้อยละ 6.30 เป็น 7.23 และ 7.83 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 กำหนดไว้คือไม่เกินร้อยละ 7 ของการคลอดทั้งหมด³ จากปัญหาการคลอดก่อนกำหนดส่งผลอาจกระทบต่อสุขภาพของทารกให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา การตายปริกำเนิด ทูพพลภาพ และสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างบิดา มารดา และทารกแรกเกิด ผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ เช่น อาการข้างเคียงของยา และภาวะซีมีเศร้า รวมทั้งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและระบบสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษายาวนานและเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาค่อนข้างสูง⁴

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงเป็นภาวะที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการคลอดก่อนกำหนด การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจะส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะด้านจิตใจ โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดความเครียดได้ง่ายจากสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การถูกจำกัดกิจกรรมแบบแผนกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกใน

ครรภ์⁵ จากผลกระทบด้านจิตใจดังกล่าวนี้ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา ทั้งนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นจะเพิ่มการหลั่งของสารพรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) เกิดการเจ็บครรภ์มากขึ้นส่งผลให้นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดได้ง่าย ดังนั้นการลดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงเป็นสิ่งสำคัญ

แนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาร์สและโฟลด์แมน⁶ เป็นแนวคิดที่มีการนำมาใช้ในการจัดการความเครียด เพื่อพัฒนาโปรแกรมในการจัดการความเครียด ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ (1) การเผชิญความเครียดโดยการแก้ไขปัญหา (problem-focused coping) เป็นการดูแลตนเองและจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นมีผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเครียดจากการต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล การจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเครียดโดยการแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติตัวในการลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น⁷ และ (2) การเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) เป็นการปรับอารมณ์และความรู้สึกของตนเองให้สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการผ่อนคลายความเครียดด้วยการศึกษาของสุริยรัตน์ และคณะ⁸ เรื่องผลการให้ข้อมูลร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วมาก่อน

วารสารกองการพยาบาล

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอดจึงพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล CURN model ร่วมกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน⁶ โดยจัดทำโปรแกรมการจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดความเครียดแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้ครอบคลุมปัจจัยด้านผู้ป่วยด้านการดูแล และด้านบุคลากร ที่เหมาะสมกับบริบทของห้องคลอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยทำให้การตั้งครรภ์สามารถดำเนินไปจนครบกำหนดคลอด ไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย

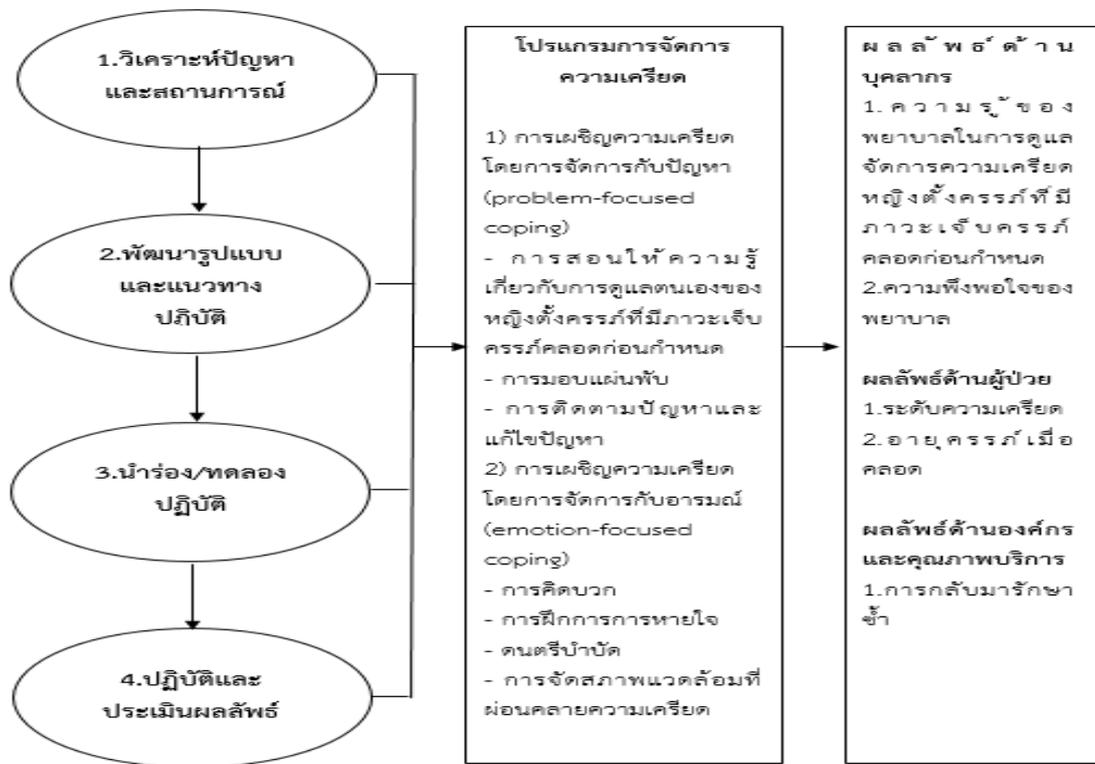
กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ใช้ CURN model ร่วมกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน⁶ ในการพัฒนารูปแบบแนวทางปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการความเครียด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ด้านบุคลากร ด้านระบบการดูแล และแนวทางปฏิบัติการดูแลเดิม

2. พัฒนารูปแบบและโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ของลาซารัสและโฟล์คแมน⁶ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย (1) การเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับปัญหา (problem-focused coping) เรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหา ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การปฏิบัติตัวในการใช้ชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย (2) การเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) ได้แก่ เทคนิคการคิดบวก การฝึกการหายใจ ดนตรีบำบัด และการจัดสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลายความเครียด

3. นำร่อง ทดลอง โดยนำแนวทางปฏิบัติที่ทบทวนมาใหม่ไปปฏิบัติ และปัญหาที่พบมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น แล้วนำโปรแกรมการจัดการความเครียดเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามที่เหมาะสม

4. ปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ ซึ่งผลลัพธ์แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ (1) ด้านบุคลากร ได้แก่ ความรู้พยาบาลในการดูแลจัดการความเครียดหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความพึงพอใจตลอดจนความคิดเห็นต่าง ๆ ของพยาบาลต่อแนวทางปฏิบัติ (2) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความเครียด และอายุครรภ์เมื่อคลอด (3) ด้านองค์กร ได้แก่ จำนวนการกลับมารักษาซ้ำ รายละเอียดแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด การกลับมารักษาค้ำ และอายุครรภ์เมื่อคลอด หลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด มีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมีการกลับมารักษาค้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ

3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด มีอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ชนิดสองกลุ่ม

วารสารกองการพยาบาล

วัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest – Posttest Control Group Design) ในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2561 ถึง 31 มกราคม 2565

ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลในแผนกห้องคลอด และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ระหว่าง 24 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึงอายุครรภ์น้อยกว่า 36 สัปดาห์ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ระหว่าง 24 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึงอายุครรภ์น้อยกว่า 36 สัปดาห์ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. เป็นหญิงตั้งหญิงที่ยังไม่เคยผ่านการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ คือ หดตัวมากกว่า 4 ครั้งใน 20 นาที หรือตั้งแต่ 8 ครั้งใน 1 ชั่วโมง หรือทุก 10 นาที ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก คือ ปากมดลูกเปิดมากกว่า 1 เซนติเมตร และปากมดลูกมีความบางตั้งแต่ 80% ขึ้นไป
3. ได้รับการรักษาด้วยยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ตั้งครรภ์แฝด มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด
5. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย
6. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก ได้แก่

1. แพทย์พิจารณาให้ยุติการตั้งครรภ์
2. ยุติการยับยั้งการคลอด

ทั้งนี้ เนื่องจากมารดาและทารกมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียด มารดาติดเชื้อ มีความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำแตกก่อนกำหนด ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบก่อนที่จะสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการวิจัยใน 72 ชั่วโมง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้ผลการศึกษางานวิจัยของสุรวิรัตน์ ธาธาศักดิ์, นภาพร อภิรัช นากุล, นฤมล ชันธิมา และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี^๑ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเพื่อลดความเครียดต่อความเครียด และอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power^๑ ที่ใช้สถิติ t-test โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิ เท่ากับ 0.80 กำหนดอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.95 ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 ค่าขนาดตัวอย่าง ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน รวมเป็น 70 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 5 ได้จำนวนตัวอย่างเพิ่มกลุ่มละ 2 คน รวมจำนวนตัวอย่างได้กลุ่มละ 37 คน รวมเป็น 74 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ 1 ท่าน รายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการประยุกต์ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญ

ความเครียดของลาซารัสและโพล์คแมน⁶ มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่

1.1 การเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับปัญหา (problem-focused coping) เรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหามาประกอบด้วย การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พร้อมกับมอบคู่มือและแผ่นพับเรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผ่นพับเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์นำไปอ่านทบทวนได้ เช่น การปฏิบัติตัวในการใช้ชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

1.2 การเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) ประกอบด้วย การจัดสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลายความเครียด เทคนิคการคิดบวก การฝึกการหายใจ และดนตรีบำบัด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ฝึกปฏิบัติการกำหนดจิตใจให้ผ่อนคลายอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และตัดสิ่งเร้าทั้งจากภายนอกและภายในร่างกายจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ทำให้ร่างกายได้พักผ่อนคลายเต็มที่ เป็นการบรรเทาความกดดัน และความตึงเครียดได้เป็นอย่างดี ซึ่งการสร้างสภาพแวดล้อมที่สามารถลดความเครียดได้ จึงเป็นกุญแจสำคัญในการเร่งรัดและฟื้นฟูสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้ CVI เท่ากับ 1 ทั้งฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดคือ แบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด

2.1 แบบสอบถามสำหรับหญิงตั้งครรภ์ประกอบด้วย

- (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบเติมคำ และเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ
- (2) แบบสอบถามข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบเติม คำและเลือกตอบ จำนวน 14 ข้อ

(3) แบบสอบถามประเมินความเครียด (ST-5) ของหญิงตั้งครรภ์ มีจำนวน 5 ข้อ รูปแบบข้อคำถามให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกที่สุด จากลักษณะคำตอบ 4 ระดับ โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การแปลผล¹⁰ เป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 0-4 คะแนน เครียดน้อย คะแนน 5-7 คะแนน เครียดปานกลาง คะแนน 8-9 คะแนน เครียดมาก คะแนน 10-15 คะแนน เครียดมากที่สุด CVI เท่ากับ 1 Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.83

2.2 แบบสอบถามสำหรับพยาบาล

(1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

(2) แบบสอบถามความรู้การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก โดยให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุด มีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน และกำหนดเกณฑ์แบ่งระดับความรู้ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้มาก คะแนนร้อยละ 80-100 มีความรู้ปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 และมีความรู้่น้อย คะแนนร้อยละ 0-59 CVI เท่ากับ 1 Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.80

(3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางโปรแกรมการจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีจำนวน 8 ข้อ โดยให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความพึงพอใจมากที่สุดเพียงข้อเดียว คำตอบเป็นแบบ Rating Scale 3 ระดับ คือ

- 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย
- 2 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง
- 3 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

กำหนดเกณฑ์แปลผลค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

วารสารกองการพยาบาล

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา CVI เท่ากับ 1 และ Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ใบอนุญาติเลขที่ 11/2564 ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการชี้แจง และขอความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธ หรือบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบใด ๆ นำเสนอข้อมูล และรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

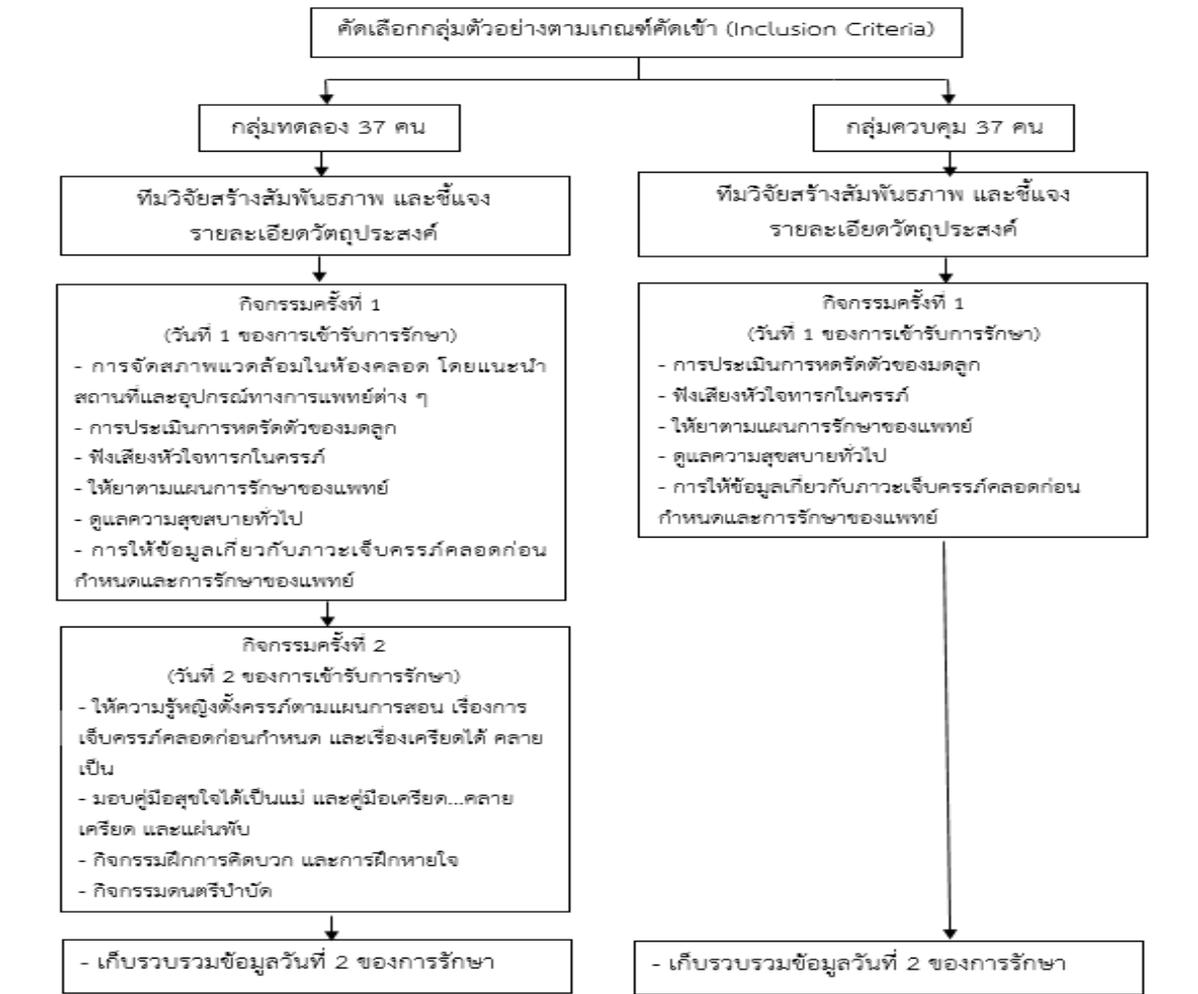
ดำเนินการจัดกิจกรรมในกลุ่มทดลองจำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมในวันที่ 1 คือ จะเริ่มหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2

ชั่วโมง ประกอบด้วย (1) สร้างสัมพันธภาพ (2) ชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ของกิจกรรมต่าง ๆ (3) จัดสภาพแวดล้อมในห้องคลอด (4) ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา

ครั้งที่ 2 กิจกรรมในวันที่ 2 เริ่มวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษา ประกอบด้วย (1) ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ตามแผนการสอน เรื่อง “การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” และ “เครียดได้...กลายเป็น” ใช้ระยะเวลา 25 นาที โดยมีสไลด์ประกอบการให้ความรู้พร้อมกับมอบคู่มือ และแผ่นพับ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์นำไปศึกษาทบทวนได้ (2) กิจกรรมฝึกทักษะการคิดบวก และการฝึกหายใจ ด้วยการฉายวิดีโอสั้น เรื่อง “สมาธิ และฝึกการหายใจ ช่วยคลายเครียด” ใช้เวลา 15 นาที (3) กิจกรรมดนตรีบำบัด ด้วยการเปิดเพลงบรรเลงให้หญิงตั้งครรภ์ฟัง ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลและกิจกรรมตามปกติ ประกอบด้วย (1) สร้างสัมพันธภาพ (2) ชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ของกิจกรรมต่าง ๆ (3) ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ซึ่งภายหลังการประเมินความเครียดแล้วหรือสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมให้กลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง รายละเอียดแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Fisher's Exact test paired t – test, Wilcoxon Signed Rank test, Independent t – test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่ม มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ กลุ่ม

ควบคุม 28.86 ปี (SD 7.40) และกลุ่มทดลอง 27.08 ปี (SD 6.64) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.10 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 94.60 ในกลุ่มทดลอง สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./อนุปริญญา จำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 59.50 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 56.80 ในกลุ่มทดลอง การประกอบอาชีพ เป็นนักเรียน/นักศึกษา/ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 48.60 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 40.50 ในกลุ่มทดลอง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,770.27 บาท (SD 12,062.68) ในกลุ่มควบคุม และ

วารสารกองการพยาบาล

23,635.14 (SD 10,266.35) ในกลุ่มทดลอง รายได้เพียงพอกับการใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 62.20 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 64.90 ในกลุ่มทดลอง

ลักษณะครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ ทั้ง 2 กลุ่ม เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 64.90 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 45.90 ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ไม่มีบุตรที่ต้องรับผิดชอบ ร้อยละ 59.50 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 48.60 ในกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 73.00 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 64.90 ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการทำงานเท่าเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 56.80 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 67.60 ในกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว การมีบุตรที่ต้องรับผิดชอบ การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน และการทำงาน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ข้อมูลด้านประวัติการตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 51.40 ในกลุ่มควบคุม และ

ร้อยละ 54.10 ในกลุ่มทดลอง หญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มมีอายุครรภ์เมื่อแรกรับเท่ากัน คือ มากกว่า 32 สัปดาห์ ร้อยละ 86.50 ในกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลอง มีการฝากครรภ์และมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 67.60 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 59.50 ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติของการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ร้อยละ 59.50 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 56.80 ในกลุ่มทดลอง และไม่มีประวัติการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 83.80 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 81.10 ในกลุ่มทดลองตามลำดับ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า ประวัติการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อแรกรับ ประวัติการฝากครรภ์ ความผิดปกติของการตั้งครรภ์ครั้งก่อน และประวัติการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความเครียด	Mean	SD	Mean Rank	Sum of Rank	p
กลุ่มควบคุม	4.59	2.83	45.58	1686.50	.001*
กลุ่มทดลอง	2.43	2.58	29.42	1088.50	

* $p < .05$

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการกลับมา รักษาซ้ำระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใน

กลุ่มทดลอง มีการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การกลับมารักษาซ้ำ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Chi square	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มีการกลับมารักษาซ้ำ	15	40.50	5	13.50	6.85	.009*
ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ	22	59.50	32	86.50		

*p < .05

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน

กำหนดในกลุ่มทดลอง มีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

อายุครรภ์ (วัน)	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t	p
	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD		
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์)	220-266 (31-38 สัปดาห์)	247.86	9.11	237-270 (34-39 สัปดาห์)	253.81	8.68	2.88	.005*

*p < .05

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลแผนกห้องคลอด จำนวน 14 คน พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 50.00 มีอายุเฉลี่ย 32.79 ปี (SD 8.77) โดยมีอายุงานรวมระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 42.90 มีอายุงานเฉลี่ย 10.43 ปี (SD 9.34) ส่วนมากสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 92.90 และผ่านการอบรม/ สำเร็จการศึกษาเฉพาะทางด้านผดุงครรภ์ ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานด้านผดุงครรภ์ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 42.90 และมีประสบการณ์ทำงานด้านผดุงครรภ์เฉลี่ย 8.86 ปี (SD 7.84)

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านความรู้ของพยาบาล พบว่า ก่อนใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด พยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 50 หลังใช้โปรแกรมการจัดการ

ความเครียด พยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากทุกคน ร้อยละ 100 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z 3.21, p < .05)

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด พบว่า ก่อนใช้โปรแกรมฯ พยาบาลส่วนใหญ่ มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 71.40 และมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 28.60 หลังใช้โปรแกรมฯ พยาบาลมีคะแนนความพึงพอใจสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.40 และมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 21.40 และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดในตารางที่ 4

วารสารกองการพยาบาล

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด

ตัวแปรศึกษา	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม		z	t	p
	Mean	SD	Mean	SD			
ความรู้	6.93	1.68	9.50	0.51	3.21 ^a	-	.001*
ความพึงพอใจ	1.63	0.14	2.51	0.40	-	8.22 ^b	<.001

*p < .05

การพิจารณาคะแนนความพึงพอใจทั้ง 8 ด้าน พบว่า ก่อนใช้โปรแกรมฯ พยาบาลส่วนใหญ่ มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย รองลงมา คือ มีความพึงพอใจระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ 1.63 (SD 0.14) หลังใช้โปรแกรมฯ

พยาบาลมีคะแนนความพึงพอใจสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ มีความพึงพอใจระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ 2.51 (SD 0.40) รายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจของของพยาบาลก่อนและหลังใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด

หัวข้อในการประเมิน	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวทางการปฏิบัติ	1.00	0.000	น้อย	2.79	0.426	มาก
2. ความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติ	1.64	0.497	น้อย	2.43	0.756	มาก
3. ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	1.64	0.497	น้อย	2.50	0.519	มาก
4. ความประหยัด (การนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ลดต้นทุน และงบประมาณ)	2.00	0.000	ปานกลาง	2.64	0.497	มาก
5. ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางปฏิบัติ (สามารถลดการกลับมารักษาซ้ำ) ได้	1.57	0.514	น้อย	2.50	0.519	มาก
6. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	2.00	0.000	ปานกลาง	2.43	0.646	มาก
7. รายละเอียดแนวทางปฏิบัติฯ มีความครอบคลุม	1.57	0.514	น้อย	2.36	0.745	มาก
8. ความพึงพอใจของท่าน เมื่อนำแนวทางปฏิบัติมาใช้จริง	1.64	0.497	น้อย	2.43	0.514	มาก
ค่าเฉลี่ย (รวม)	1.63	0.143	น้อย	2.51	0.406	มาก

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม มีการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ นอกจากนี้ ความรู้และความพึงพอใจของพยาบาล หลังใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z 3.21, p < .05$ และ $t 8.22, p < .001$ ตามลำดับ) ซึ่งอธิบายได้ว่าการพัฒนารูปแบบแนวทางปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้ CURN Model เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ โดยประเมินจากผลลัพธ์ 3 ด้าน ดังนี้

1. **ด้านบุคลากร** พยาบาลมีความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น จากการที่ผู้วิจัยได้จัดอบรมให้ความรู้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล พร้อมทั้งสาธิต และฝึกปฏิบัติทั้งในรายกลุ่ม และรายบุคคล ตลอดจนทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการจัดการความเครียดหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโพลด์แมน⁶ ที่ใช้พัฒนาโปรแกรมร่วมกับการนิเทศติดตาม ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้ของพยาบาลก่อนใช้แนวทางโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียด ส่วนใหญ่ มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับมาก จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา มีความรู้ อยู่ในระดับปาน

กลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 35.70 หลังใช้โปรแกรมฯ พยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมากทั้งหมด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z 3.21, p < .05$)

สำหรับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด พบว่า ก่อนใช้โปรแกรม พยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 71.40 รองลงมา คือ มีความพึงพอใจระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 28.60 หลังใช้โปรแกรมฯ พยาบาลมีคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมาก จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 71.40 รองลงมา คือ มีความพึงพอใจระดับปานกลาง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 21.40 โดยหลังใช้โปรแกรมฯ คะแนนความพึงพอใจรายด้านทั้ง 8 ด้าน อยู่ในระดับมากทุกด้าน ได้แก่ (1) ด้านความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวทางปฏิบัติ (2) ความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติ (3) ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน (4) ความประหยัด ประเด็นการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ลดต้นทุน และงบประมาณ (5) ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางปฏิบัติ คือ สามารถลดการกลับมารักษาซ้ำได้ (6) ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน (7) รายละเอียดแนวทางปฏิบัติฯ มีความครอบคลุม (8) ความพึงพอใจของท่าน เมื่อนำแนวทางปฏิบัติมาใช้จริง คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล หลังใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t 8.22, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวราภรณ์ แก้วเวียงเดช และคณะ¹¹ ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลอานาจเจริญ พบว่า

วารสารกองการพยาบาล

ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.44, SD 0.35) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุดมีคะแนนเท่าๆ กัน ได้แก่ มีประโยชน์ต่อหน่วยงานในการปฏิบัติงาน และมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Mean 4.64, SD 0.50) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นน้อยที่สุด ได้แก่ ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบฯ สามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ (Mean 4.18, SD 0.50) ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการใช้แนวทางโปรแกรมการจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พยาบาลในแผนกห้องคลอดเกิดความพึงพอใจ และสามารถนำมาใช้ในทางปฏิบัติการพยาบาลได้จริงและมีประสิทธิภาพ

2. ด้านผู้ป่วย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติต่ำกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ นอกจากนี้ การเปรียบเทียบอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมีอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ แสดงว่าแนวทางปฏิบัติการดูแลการจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน⁶ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 การเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับปัญหา (problem-focused coping) เรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหา ได้แก่ พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้

เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เช่น การปฏิบัติตัวในการใช้ชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ซึ่งเอกสารประกอบการให้ความรู้ ได้แก่ (1) แผนการสอนสำหรับพยาบาลใช้สอนหญิงตั้งครรภ์ เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเรื่องเครียดได้ คลายเป็น โดยการบรรยายให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยสไลด์ใช้เวลา 25 นาที (2) คู่มือการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สำหรับพยาบาลเพื่อใช้ทบทวนความรู้ให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานยิ่งขึ้น (3) คู่มือสุขใจได้เป็นแม่ (4) คู่มือเครียด...คลายเครียด (5) แผ่นพับเรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแผ่นพับเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์นำไปอ่านทบทวนได้

2.2 การเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) ประกอบด้วยเทคนิคการคิดบวก การฝึกการหายใจ ดนตรีบำบัด และการจัดสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ (1) กิจกรรมฝึกการคิดบวก และการฝึกหายใจโดยการหายใจไอสั้น เรื่องการสมาธิและฝึกการหายใจช่วยคลายเครียด (2) กิจกรรมดนตรีบำบัด โดยการเปิดเพลงบรรเลงให้หญิงตั้งครรภ์ฟัง (3) การจัดสภาพแวดล้อม เพื่อสร้างเสริมหรือลดทอนความเครียดได้ ยิ่งหากความเครียดเกิดจากเสียงดังรบกวน ความวุ่นวายในโรงพยาบาล ไม่เพียงแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวล เศร้า เคว้งคว้าง แต่ยังส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้น เกิดความเครียดในกล้ามเนื้อ ยิ่งไปกว่านั้นร่างกายจะปล่อยฮอร์โมนที่จะไปยับยั้งระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายทำให้การรักษาพยาบาลได้ผลช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของและสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ ละหุการ, ศศิกันต์ กาละ และสุรีย์พร กฤษเจริญ¹² ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าว

หน้าต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่า (1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลอง มีความเครียดภายหลังการทดลอง (Mean 22.04, SD 1.27) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (Mean 26.24, SD 1.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 10.09, $p < 0.001$) (2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลอง มีความเครียด (Mean 22.04, SD 1.27) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mean 26.80, SD 1.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 10.97, $p < 0.001$) ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ปิ่นแก้ว, เอมพร รตินธร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และวิบูลย์ เรื่องชัยนิคม¹³ ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ด้านองค์กรและคุณภาพบริการ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีการกลับมารักษาซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 15 คน ส่วนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด มีการกลับมารักษาซ้ำน้อยลง จำนวน 5 คน เมื่อเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด มีการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชลทิชา รักษาธรรม, ทวีศักดิ์ กสิผล และกมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม¹⁴ ได้ศึกษาแนวปฏิบัติการดูแลสตรี

ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ มีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 20 และคลอดร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำร้อยละ 40 และคลอดร้อยละ 100 และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ สามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนด (อายุครรภ์คลอดเฉลี่ย 38 สัปดาห์) แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ (อายุครรภ์คลอดเฉลี่ย 36 สัปดาห์) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่มีบางการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน ได้แก่ การศึกษาของพรศิริ เสนธิวิ, สุดใจ ศรีสงค์, รัศมีแข พรหมประกาย และมณีรัตน์ เพิ่มชาติ¹⁵ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พบว่าการกลับมารักษาซ้ำพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (Chi square = 1.426, $p = .232$) ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัย มีอายุครรภ์ครบกำหนด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่กลับมารักษาซ้ำ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เพื่อให้สามารถยุติการตั้งครรภ์จนอายุครรภ์ครบกำหนดคลอดต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

ควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในภาวะอื่น ๆ โดยปรับการปฏิบัติให้เข้ากับบริบท และคงหลักการของแนวปฏิบัติที่สำคัญไว้ คือ การให้ข้อมูลความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์/ครอบครัวในประเด็นที่จำเป็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งนี้ ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมทั้งมีระบบนิเทศติดตาม เพื่อให้แนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ได้อย่างถูกต้อง เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไป

References

1. World Health Organization. Preterm birth Health Statistic. [Internet]. 2017 [Cited 2021 May 1]. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
2. Somboon Boonyakiat. Nursing care in high risk pregnant women1. Bangkok: Sinthana Copy Center; 2557: 1-247. Thai.
3. Society and Health Institute, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. [Internet]. 2015 [Cited 2021 Feb 1]. Available from <http://203.157.19:191>. Thai.
4. Nisagorn Nungkala. The Effects of a Continuous Care on Satisfaction of Nursing Care, Readmission and Gestational Age at Birth in Pregnant Women with Preterm Labor and Neonatal Apgar Score [Internet]. 2015, [Cited 2021 May 1]. Available from <http://203.157.19:191>. Thai
5. Maloni JA. Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. Expert Review of Obstetrics &Gynecology 2011;6(4): 385-393.
6. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
7. Schleussner E. The prevention, diagnosis and treatment of premature labor. Department of Obstetrics and Gynecology, Jena University Hospital, 2013;110(13), 227-236.
8. Sureerat Tarasak, Napaporn Apiratchanakun, Nareumon Kantima, Tatirat Tachasuksri. Effects of Stress Reduction Program on Stress and Gaestational Age at Birth Among Pregnant Woman with Preterm Labor. Chonburi Hospital Journal. 2017; 42(3):225-264. Thai.
9. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods. Behavior Research Methods. 2009; 41(4):1149-60.
10. Orawan Silpakit. Srithanya's stress measurement form. Journal of Mental Health of Thailand. 2008; 16(3):177-85. Thai.
11. Chadarat Kaewveingdach, Buasorn Vorapoo, Panyupa Naosrisorn, Waraporn Meekaew, Chanika Thonguntang. Development of a Discharge Planing Model for Pregnant Woman with Preterm Labor, Amnatcharoen Hospital. Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University. 2021; 6(1):77-89. Thai.
12. Benjawan Lahukarn, Sasikarn Kala, Sureeporn Kritcharoen. The Effects of an Education and Progressive Muscle Relaxation Program on Stress among Pregnant Women with Preterm Labor Pain. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2019; 6(2) :1-13. Thai.
13. Supatra Pinkaew, Ameporn Ratinthorn, Yaowalak Serisathien, Wibool Rueangchainikhom. The Effect of Program of Care for Pregnant Women at Risk fot Preterm Labor on the Rates of Preterm

- Labor and Preterm Birth. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2014; 22(4):58-71. Thai.
14. Chonthicha Raksatham, Taweesak kaiphol, Kamontip Khungtumneam. The Practiced Guideline for Continuing Care of Pregnant Women with Preterm Labor. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2018; 19(August):348-56. Thai.
 15. Ponsiri Senthiri, Sudjai Srisong, Rassamekhere Pomprakai, Maneerat Permchat. Development of the Nursing Model for Pregnant Women to Prevent Preterm Labour. Journal of Nursing and Health care.2016, 34(2):164-173. Thai.