บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

Factors Predicting Stress among Pregnant Women with Preterm Labor

เพียงตะวัน พันธุโยธี (Piengtawan Pantuyotee)*
ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี (Tatirat Tachasuksri)**
วรรณทนา ศุภสีมานนท์ (Wantana Suppaseemanont)***

Received: December 13, 2023
Revised: January 11, 2024
Accepted: March 26, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดและปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ 22 สัปดาห์ ถึงน้อยกว่า 37 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง ในช่วงเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2565 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 101 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และ5) แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .84, .80 และ .93 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84, .91, .93 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน (Standard multiple regression)

การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดตามเกณฑ์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 7.46, S.D. = 2.29) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ปัญหาการนอน ($\overline{X}$ = 20.2, S. D. = .82) ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล (β = -.27, p = .007) ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ (β = .23, p = .01) และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (β = .20, p = .04) ร่วมทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 12.9 (R^2 = .129, $F_{(3, 97)}$ = 4.77, p = .004) การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลมีอิทธิพลทางลบต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากที่สุด ข้อค้นพบที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปพัฒนารูปแบบโปรแกรมลดความเครียดแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อไป

คำสำคัญ: อายุครรภ์, ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย, การสนับสนุนทางสังคม, ความเครียด

**Corresponding author: Tatirat Tachasuksri; E-mail: tatiratp@yahoo.com
*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า (Registered Nurse, Professional Level, Phrapokklao Hospital)
**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University)
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University)

Abstract

This predictive research aimed to study stress and factors predicting stress among pregnant women with preterm labor. Participants consisted of 101 pregnant women with 22 to less than 37weeks of gestation who were diagnosed by an obstetrician as having preterm labor and were admitted to the hospital for no less than 24 hours during August-December 2022. They were selectedby the study inclusion criteria.Research instrumentsincluded 1) demographic record form 2) perceived severity ofillness questionnaire 3) nurse social support questionnaire 4) family social support questionnaire and 5) stress assessment formcreated byDepartment of Mental Health, Ministry of Public Health. Content validity values of developed questionnaires were .84, .80 and.93 respectively.Reliabilityofquestionnaires were .84, .91, .93 and .80 respectively. Descriptive statistics and standard multiple regression were conducted for data analysis.

Results revealed that according to the stress criteria of mental health department, ministry of public health; stress mean score was at a moderate level ($\overline{x}$ = 7.46, S.D. = 2.29). Items of stress assessment having highest average score weresleep problems ($\overline{x}$= 2.02, S.D. = .82). Factors regarding social support provided by nurses (β = -.27, p = .007), pregnancy complications (β = .23, p = .01) and perceived severity of the illness (β= .20, p = .04) significantly predicted 12.9% of the variance in stress among pregnant women with preterm labor (R^2 = .129, $F_{(3,97)}$ = 4.77, p = .004). Social support provided by nurses has the most negative influence on stress among pregnant women with preterm labor. The findings will be used as basic information todevelop a stress reduction program for pregnant women with preterm labor.

Keywords: Gestational age, Preterm labor, Perceived severity of illness, Social support, Stress

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนดเป็นผลกระทบสำคัญของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่หลายประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ เนื่องจากมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี 2020 พบว่า มีทารกเกิดก่อนกำหนดประมาณ 13.4 ล้านคนจากทั่วโลก คิดเป็น 4-16% ของทารกแรกเกิดทั้งหมด และมีแนวโน้มการคลอดก่อนกำหนดที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, 2020) สำหรับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561-2563 มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 10.92, 9.92 และ 9.52 ตามลำดับ โดยร้อยละ 50 ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด (Health Administration Division, 2021) สำหรับโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ในปีงบประมาณ 2561-2563 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 10.3, 9.3 และ 10.2 ตามลำดับ (Medical record and statistics, 2020) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญที่สูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 9 (Health Administration Division, 2021)

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และครอบครัว เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดแยกจากครอบครัว อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย สูญเสียรายได้ และอาจได้รับผลข้างเคียงและอาการไม่สุขสบายจากยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ (Hanko, Bittner, Junge-Hoffmeister, Mogwitz, Nitzsche, & Weidner, 2020) หากการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดไม่ประสบผลสำเร็จ อาจทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดมีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อได้ง่าย ทารกจึงต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแลรักษา (Van Zijl, Koullali, Mol, Pajkrt, &Oudijk, 2016) ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเกิดความเครียดมากขึ้นได้

ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดและความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด โดยแนวคิดทฤษฎีความเครียดของเซลเย่ (Selye, 1976) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้น (Stressor) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรม เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดเกิดขึ้น จะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสาร Catecholamine และ Prostaglandins ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดรัดตัวเพิ่มมากขึ้นอาจนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดได้ (Tuksanawes, Kaewkiattikun, &Kerdcharoen, 2020) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีที่คลอดบุตรก่อนกำหนดร้อยละ54 มีความเครียดในขณะตั้งครรภ์และมีความเครียดสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนด 2.15 เท่า (AOR 2.15, CI = 1.18 - 3.92, $p < .001$) (Lilliecreutz, Laren, Sydsjo, & Josefsson, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติคุณ ตันประดิษฐ์ และเกษมศรี แก้วเกียรติคุณ (Tanpradit & Kaewkiattikun, 2020) พบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดในขณะตั้งครรภ์สูงกว่ามารดาที่คลอดครบกำหนด ($\overline{X} = 19.43 \pm 4.48$ vs $\overline{X} = 12.08 \pm 4.06$, $p < .001$) อย่างไรก็ตาม การตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่ปัจจัยภายในของสตรีตั้งครรภ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลให้สตรีตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดเพิ่มขึ้น ได้แก่ 1) อายุครรภ์อายุครรภ์ที่น้อยมากของทารกจะเพิ่มโอกาสให้ทารกมีปัญหาระบบหายใจ ทำให้ไม่สามารถหายใจได้เอง เพิ่มโอกาสในการเสียชีวิต (Heather, Trace, Valerie, Kimberly, Haiqun, & Jeannette, 2014) 2) ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการติดเชื้อในโพรงมดลูก เป็นต้น จะทำให้ต้องรับการรักษาเพิ่มขึ้น หากภาวะแทรกซ้อนมีความรุนแรง ทำให้ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

อาจจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์(Hung, Su, Wu, & Chang, 2020) 3) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีอาการรุนแรงที่อาจนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดและทารกในครรภ์อาจได้รับอันตรายจะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดสูงขึ้น (Tanpradit & Kaewkiattikun, 2020) ส่วนปัจจัยที่ช่วยให้ความเครียดลดลง ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น การได้รับข้อมูลในการปฏิบัติตัวการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจ การจัดสิ่งแวดล้อมหรือบริการต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับสตรีตั้งครรภ์ และการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในตนเอง และมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ว่าตนเองไม่ได้อยู่เพียงลำพัง แต่ยังมีบุคคลที่ให้การช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ (Kritsanasuwan, Khanobdee, &Phumonsakul, 2016) และ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญที่ใกล้ชิด และสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ ข้อมูล และการทำกิจกรรมต่าง ๆ แทนได้ (Iranzad, Bani, Hasanpour, Mohammadalizadeh, & Mirghafourvand, 2014) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึงช่วยลดความเครียดให้แก่สตรีตั้งครรภ์ได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงมีความสำคัญในการวางแผนให้การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดความเครียดแก่สตรีตั้งครรภ์ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยยังพบน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ อายุครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อลดความเครียดแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดลดลงและการตั้งครรภ์สามารถดำเนินต่อไปจนครบกำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

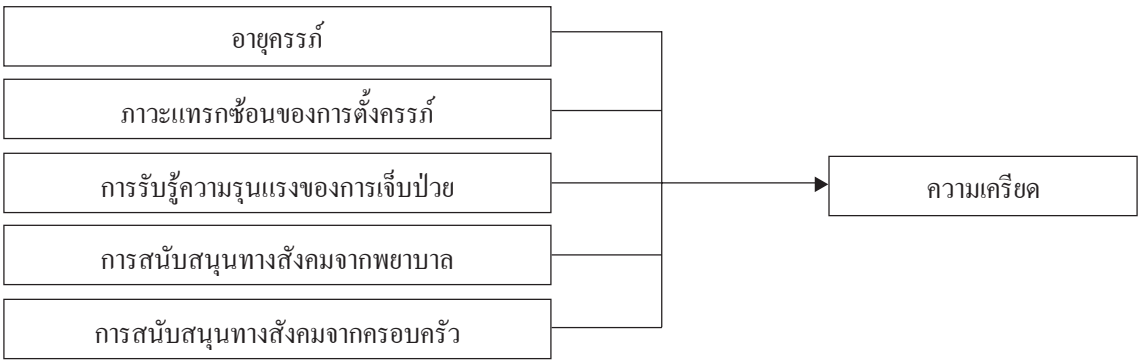
สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีอิทธิพลทางบวกต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. อายุครรภ์ การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลทางลบต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียดของเซลเย่ (Selye, 1976) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้น (Stressor) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและการแสดงพฤติกรรมของบุคคลโดยความเครียดจะเป็นตัวกระตุ้นให้ร่างกายของสตรีตั้งครรภ์หลั่งสาร Catecholamine ทำให้การไหลเวียนของโลหิตไปเลี้ยงมดลูกและรกน้อยลง ส่งผลให้หลั่ง Prostaglandin ออกมากระตุ้นมดลูกให้หดรัดตัวมากขึ้น และอาจนำไปสู่การคลอดก่อนตามมา ได้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่าปัจจัยที่กระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีผลให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ส่วนปัจจัยที่ช่วยลดความเครียด ได้แก่ อายุครรภ์การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) มีรายละเอียดในการดำเนินการ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 22 สัปดาห์ ถึงน้อยกว่า 37 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรีในช่วงเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2565 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง 3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และ4) ไม่มีปัญหาด้านจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้าเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามจนเสร็จหรือตอบแบบสอบถามไม่ครบ 2) มีอาการผิดปกติหรือสถานการณ์ที่ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ เช่น เจ็บครรภ์รุนแรงขึ้น หน้ามืด ใจสั่น เป็นต้นและกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดอำนาจทดสอบ (Power analysis) ที่ .80 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) .05 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางเท่ากับ .15 จำนวนตัวแปรที่ศึกษา5 ตัว ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 92 คน เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 101 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ ลักษณะครอบครัวการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด บุคคลที่ให้ข้อมูล และ 2) ข้อมูลการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อน เป็นส่วนที่ผู้วิจัยบันทึก ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด เช่น รกเกาะต่ำ ภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด และความดันโลหิตสูง และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมายลงในช่องหน้าข้อความ

2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารก และครอบครัว พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารก และครอบครัว จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13 -52 คะแนน คะแนนน้อย หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีผลต่อตนเอง ทารกในครรภ์ และครอบครัวน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนมาก

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล เป็นคำถามเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับจากพยาบาลในขณะที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปรับมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรีและคณะ (Tachasuksri et al., 2017) จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านประเมินค่าและด้านทรัพยากรข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน คะแนนน้อยหมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนมาก

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นคำถามเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับจากบุคคลในครอบครัวในขณะที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปรับมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรีและคณะ (Tachasuksri et al., 2017) จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านประเมินค่าและด้านทรัพยากรข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 -60 คะแนน คะแนนน้อย หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนมาก

5. แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์เป็นมาตรวัด 4 ระดับ มีค่าระหว่าง 0-15 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 0-4 คะแนน หมายถึง มีความเครียดเล็กน้อย สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ 5-7 คะแนน หมายถึง มีความเครียดปานกลาง ควรผ่อนคลายความเครียดหรือระบายความเครียดเพื่อคลี่คลายปัญหา และ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดสูง ส่งผลเสียต่อร่างกาย ควรได้รับคำปรึกษาจากบุคคลากรทางสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 5 ท่าน จากนั้นแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .84, .80 และ .93 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความเครียด (ST-5) ผู้วิจัยไม่ได้นำมาหาความตรงเชิงเนื้อหา เนื่องจากแบบสอบถามนำมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงหรือปรับเนื้อหา

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามทั้งหมดถูกนำไปทดลองใช้กับสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .84, .91, .93 และ .80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลในแผนกห้องคลอดและหลังคลอด ไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมงจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย การตอบแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งหมด 57 ข้อ ใช้เวลา 15-20 นาที ภายหลังตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างติดสติ๊กเกอร์ในสมุดฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเครียด และตัวแปรที่ศึกษา ใช้สถิติ

พรรณนา และการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน (Standard multiple regression)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสIRB3-047/2565 รับรองวันที่ 9 มิถุนายน 2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 รหัส COA no. 049/65 รับรองวันที่ 18 สิงหาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ให้ข้อมูลหรือสามารถขอถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและมีการปกป้องความความลับของกลุ่มตัวอย่างโดยเอกสารข้อมูลถูกจัดเก็บไว้ในตู้ล็อคกุญแจ ส่วนไฟล์ข้อมูลมีการเข้ารหัสไฟล์ก่อนการเข้าถึงข้อมูล ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นระยะเวลา 2 ปี หลังจากนั้นจะทำลายทิ้ง ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะนำเสนอเป็นภาพรวมของการวิจัย

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 24.25 ปี (S.D. = 6.38) อยู่ในช่วงอายุ 20-34 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 60.4) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่และไม่จดทะเบียนสมรส (ร้อยละ 73.3) รองลงมา คือ คู่และจดทะเบียนสมรส (ร้อยละ 23.8) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.มากที่สุด (ร้อยละ 47.5) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้นและปริญญาตรี (ร้อยละ 15.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 78.2) โดยมีอาชีพค้าขายมากที่สุด (ร้อยละ 20.8) รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 4,800-120,000 บาท/เดือน มีรายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท/เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 43.6) และมีรายได้พอเพียง (ร้อยละ 69.3) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 55.4) มีจำนวนใกล้เคียงกับครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 44.6)

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกมากที่สุด (ร้อยละ 43.5) รองลงมา คือ การตั้งครรภ์ครั้งที่สอง (ร้อยละ 34.7) อายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ย 34 สัปดาห์ 2 วัน (S.D. = 18.26) ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ 6 วัน (Late preterm) (ร้อยละ 71.3) ไม่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 93.1) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.1) มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 23.53 kg/m^2 (S.D. = 5.38) กลุ่มที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI = 18.5 - 22.9 kg/m^2) ร้อยละ 47.5 และกลุ่มที่มีภาวะอ้วนระดับที่หนึ่ง (BMI = 25.0-29.9 kg/m^2) ร้อยละ 16.8 มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 43.6 โรคที่พบส่วนใหญ่ คือ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 10.9 รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และปากมดลูกอักเสบ ร้อยละ 9.9 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ70.3) บุคคลที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากที่สุด คือ แพทย์ (ร้อยละ 81.7) ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 1-13 วัน โดยส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาลระหว่าง 1-5 วัน ร้อยละ 92.1 (S.D. = 2.04)

3. ข้อมูลความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดเท่ากับ 7.46 (S.D. = 2.29) จากเกณฑ์การแบ่งระดับความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 52.5 และร้อยละ 43.6) ส่วนคะแนนระดับต่ำพบร้อยละ 3.9 เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ปัญหาการนอน ($\overline{X}$= 2.02, S.D. = .82) รองลงมา คือ ความรู้สึกเบื่อ ($\overline{X}$= 1.74, S.D. = .83) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การไม่อยากพบปะผู้คน ($\overline{X}$ = .69, S.D. = .78)

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เท่ากับ 47.01 (S.D. = 5.26) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ มีโอกาสทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด ($\overline{X}$ = 3.74, S.D. = .46) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มีค่าใช้จ่าย

ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ($\overline{X}$ = 3.48, S.D. = .72) คะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล เท่ากับ 57.18 (S.D.= 4.34) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากัน 3 ข้อ คือ การเข้าใจและใส่ใจความรู้สึก/ความไม่สุขสบายการรับฟังความคิดเห็น/ความรู้สึก และการดูแลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ($\overline{X}$= 3.88, S.D. = .35) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือการชมเชยเมื่อปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ($\overline{X}$ = 3.60, S.D. = .61) และคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เท่ากับ 55.04 (S.D. = 6.45) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความห่วงใยและดูแลเอาใจใส่ ($\overline{X}$= 3.89, S.D. = .34) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($\overline{X}$ = 3.40, S.D. = .72) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (n = 101)

ตัวแปร	Range		$\overline{X}$	S.D.
	Possible	Actual		
ความเครียด	0 - 15	4 - 13	7.46	2.29
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	13 - 52	33 - 52	47.01	5.26
การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล	15 - 60	45 - 60	57.18	4.34
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	15 - 60	32 - 60	55.04	6.45

4. ปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่าภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล สามารถร่วมทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 12.9 (R^2= .129, $F_{(3, 97)}$ = 4.77, p = .004) โดยภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ (β = .23, p = .01) และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (β = .20, p = .04) มีอิทธิพลทางบวกต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (β = -.27, p = .007)และสามารถเขียนเป็นสมการวิเคราะห์ถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

1. สมการในรูปแบบคะแนนดิบ

ความเครียด = 11.104 + 1.070 (ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์) + .087 (การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย) - .144 (การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล)

2. สมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$Z_{\text{ความเครียด}} = .232\ (Z_{\text{ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์}}) + .200\ (Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย}}) - .272(Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล}})$

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n = 101)

ตัวแปรที่ใช้พยากรณ์	b	SE	β	t	p
ค่าคงที่	11.104	3.127		3.551	.001
การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล	-.144	.052	-.272	-2.762	.007
ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์	1.070	.438	.232	2.443	.016
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.087	.043	.200	2.036	.045

$F_{(3, 97)} = 4.77$, $R^2 = .129$, Adjusted $R^2 = .102$, $p = .004$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 7.46, S.D. = 2.29) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ปัญหาการนอน ($\overline{X}$ = 2.02, S.D. = .82) รองลงมา คือ ความรู้สึกเบื่อ ($\overline{X}$ = 1.74, S.D. = .83) และความรู้สึกหงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ ($\overline{X}$ = 1.67, S.D. = .80) ตามลำดับ เนื่องจากความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้น (Stressor) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรม (Selye, 1976) เมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความเครียด ร่างกายจึงแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น มีปัญหาการนอน ความรู้สึกเบื่อหน่าย และความรู้สึกหงุดหงิด ดังเช่นการศึกษาระดับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ของชลธิลา ราบุรี, อุมาภรณ์ กั้วสิทธิ์ และรำไพ เกตุจิระโชติ (Raburee, Kuasit, & Ketjirachot, 2022) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขณะพักรักษาในโรงพยาบาลมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.34, S.D. = .68) แต่มีความเครียดด้านสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 2.60, S.D. = .79) นอกจากนี้ ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดและความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากความเครียดเป็นตัวกระตุ้น ร่างกายจะมีกลไกการตอบสนองต่อความเครียด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในร่างกาย มีการหลั่งของสาร catecholamine ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดรัดตัวและเมื่อมดลูกมีการหดรัดตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องรับการรักษานานขึ้น จะนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดได้ (Tuksanawes et al., 2020) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ไม่มีประสบการณ์ในการคลอดบุตร (ร้อยละ 43.6) ไม่เคยคลอดก่อนกำหนดมาก่อน (ร้อยละ 93.1) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.1) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI = 18.5-22.9 Kg/m^2) ร้อยละ 47.5 และมีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะโรคที่อาจส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 43.6) จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและไม่มีประสบการณ์ในการคลอดบุตรมาก่อน ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลและกลัวทารกในครรภ์จะได้รับอันตราย รวมทั้งยังต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และต้องแยกจากครอบครัว ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียด จึงมีการแสดงออกทางกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่อหน่าย และหงุดหงิดง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของอรนิด นิคม และศิริวรรณ บุตรหิน (Nikom & Buthin, 2021) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ($r = .42$, $p < .05$) เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีความเครียดร่างกายจะหลั่งสารชีวเคมีกระตุ้นทำให้มดลูกหดรัดตัวมากขึ้นอาจนำไปสู่การเจ็บครรภ์

คลอดก่อนกำหนดได้ ดังการศึกษาพบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดในขณะตั้งครรภ์สูงกว่ามารดาที่คลอดครบกำหนด ($\bar{X}$ = 19.43 ± 4.48 vs = 12.08 ± 4.06, p < .001) (Shapiro, Fraser, Frasch, & Seguin, 2013) โดยความเครียดในขณะตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.2-2.1 เท่า (Tanpradit & Kaewkiattikun, 2020)

2. ปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถร่วมทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้ร้อยละ 12.9 (R^2 = .129, $F_{(3, 97)}$ = 4.77, p = .004) ส่วนอายุครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวไม่สามารถทำนายความเครียดของกลุ่มตัวอย่างได้

2.1 การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบและสามารถทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (β = -.27, p = .007) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อสตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บุคคลที่อยู่และให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด คือ พยาบาล หากพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและดูแลช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในขณะที่รักษาในโรงพยาบาล อาทิ การให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล การดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การจัดสิ่งแวดล้อมหรือบริการต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้สตรีตั้งครรภ์ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในตนเอง และมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไปจะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความไว้วางใจ และรับรู้ว่าตนเองไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ยังมีพยาบาลที่ให้การช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ ดังการศึกษานี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลด้านอารมณ์มากที่สุด ได้แก่ความเข้าใจและการใส่ใจความรู้สึกหรือความไม่สุขสบายที่เกิดจากเจ็บครรภ์ ($\bar{X}$ = 3.88, S.D. = .35) การรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกที่แสดงออก ($\bar{X}$= 3.88, S.D. = .35) และการให้การพยาบาลด้วยสีหน้าและท่าทางที่เป็นมิตร ($\bar{X}$ = 3.88, S.D. = .35) ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยพยาบาลผดุงครรภ์ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูล และการบริการพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 8.41, p < .001) (Klomma, Baosoung, & Sansiriphun, 2017) เช่นเดียวกับการศึกษาของตรีณา กฤษณสุวรรณ จันทิมา ขนบดี และศรีสมร ภูมนสกุล (Kritsanasuwan, Khanobdee, & Phumonsakul, 2016) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (r = -.25, p < .05)

2.2 ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (β = .23, p = .01) ทั้งนี้การที่สตรีตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จะทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องรับการรักษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนอื่นเพิ่มขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และปากมดลูกอักเสบ ส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรง โดยพบร้อยละ 9.9 ของกลุ่มตัวอย่าง หากควบคุมอาการของโรคไม่ได้ ความดันโลหิตสูงมากขึ้น หรือรุนแรงจนเกิดการชัก จะส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ทำให้ไม่สามารถควบคุมหรือยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อไปได้ จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ จึงมีผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียดมากขึ้นได้ ดังเช่นการศึกษาพบว่า สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความเครียดและความทุกข์ใจในระดับสูงกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ปกติ ($\bar{X}$ = 20.05 ± 7.25 vs $\bar{X}$ = 15.29 ± 7.93, p < .047) (Hung et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับความเครียด (X^2 = 10.28, df = 2, p = .006) (Seatang, Kaewjiboon, & Rueankul, 2021)

2.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ($\beta = .20, p = .04$) เนื่องจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะที่มีผลให้สตรีตั้งครรภ์ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน แยกจากครอบครัว และวิตกกังวลว่าทารกในครรภ์จะได้รับอันตราย (Hanko et al., 2020) สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และการได้รับยาระงับการหดรัดตัวของมดลูกที่อาจมีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการไม่สุขสบาย (Phupong, 2013) หากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดรับรู้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของตนเองมีอาการรุนแรงที่อาจนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดและทารกในครรภ์อาจได้รับอันตรายจากการคลอด จะทำให้สตรีตั้งครรภ์ มีความเครียดสูงขึ้นได้ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลให้ทารกมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด ($\bar{X}$ = 3.74, S.D. = .46) อาจเกิดปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ และอาจต้องใช้เครื่องช่วยหาย ($\bar{X}$ = 3.71, S.D. = .47) และทารกมีโอกาสเสียชีวิต ($\bar{X}$ = 3.68, S.D = .51) จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเพิ่มขึ้นได้สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติคุณ ตันประดิษฐ์ และเกษมศรี แก้วเกียรติคุณ (Tanpradit & Kaewkiattikun, 2020) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด (AOR 1.31, 95% CI 1.20-1.44) นอกจากนี้ผลการศึกษาของอัญชลี จิตราภิรมย์ จันทรรัตน์ เจริญสันติ และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (Jittrapirom, Chareonsanti, & Sriarporn, 2014) พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($r = .40, p < .01$)

2.4 อายุครรภ์ ไม่สามารถทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 71.3 มีอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ 6 วัน (Late preterm) ซึ่งเป็นระยะของการตั้งครรภ์ใกล้ครบกำหนดคลอด และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.07 มีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 1-5 วัน รวมถึงได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 70.3 และเป็นการได้รับข้อมูลจากแพทย์ ร้อยละ 47.9 รวมทั้งเมื่อได้รับการรักษาในโรงพยาบาลยังได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการดูแลจากพยาบาลอย่างใกล้ชิด จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ มีความเครียดไม่แตกต่างกับกลุ่มที่มีอายุครรภ์มากกว่าและไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ($r = .028, p = .78$) อายุครรภ์จึงไม่สามารถทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ดังเช่น การศึกษาของชลธิลา ราบุรีและคณะ (Raburee et al., 2022) พบว่า อายุครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ($X^2 = 1.84, p = .39$) สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุมาก พบว่า อายุครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ($X^2 = .63, p = .72$) (Seatang et al., 2021)

2.5 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ไม่สามารถทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสิ่งของจากครอบครัวมากที่สุด ได้แก่ ความห่วงใยและดูแลเอาใจใส่ ($\bar{X}$= 3.89, S.D. = .34) และการจัดหาสิ่งของ/เครื่องใช้มาให้ ($\bar{X}$ = 3.83, S.D.= .42) ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวที่น้อยที่สุด ได้แก่ คำปรึกษาและการหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาให้ศึกษา ($\bar{X}$ = 3.40, S.D. = .72; $\bar{X}$= 3.42, S.D. = .73) จึงอาจไม่ตอบสนองกับปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่แบบไม่จดทะเบียนสมรส (ร้อยละ 73.3) มีรายได้ของครอบครัวค่อนข้างน้อย (< 20,000 บาท/เดือน) ร้อยละ 54.4 และมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 30.7 เมื่อสตรีตั้งครรภ์ต้องรักษาในโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวจึงต้องทำงานเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัวเพิ่มขึ้นและในช่วงการเก็บข้อมูลวิจัยยังคงมีการแพร่ระบาดของสถานการณ์โควิด-19 ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าเยี่ยม สตรีตั้งครรภ์ต้องฝากทรัพย์สินของมีค่า เช่น เงิน โทรศัพท์คืนญาติ เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงมีญาติจำนวนน้อยที่มีการติดต่อ

กับสตรีตั้งครรภ์ผ่านทางโทรศัพท์สายในของโรงพยาบาล การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึงไม่สามารถทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากสามีและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ ($r = -.50, p < .001$) (Iranzad et al., 2014) เช่นเดียวกับการศึกษาของพินทร์พจน์ พรหมเสน จันทรรัตน์ เจริญสันติ และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (Phrommasen, Chareonsanti, & Sriarporn, 2019) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($r = -.350, p < .01$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า และจังหวัดที่ศึกษาเป็นพื้นที่การเกษตรและท่องเที่ยวที่มีย้ายถิ่นของแรงงานเข้ามาทำงาน กลุ่มตัวอย่างจึงมีการประกอบอาชีพค้าขาย เกษตรกรรม และรับจ้างทั่วไป รวมทั้งมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มประชากรที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เขตอุตสาหกรรมและสังคมเมือง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปพัฒนาโปรแกรมลดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยเน้นการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล

2. ควรทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตลอดจนขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

Department of Mental Health. (2016). *Stress test questionnaire.* Retrieved 1 October 2023 from https://dmh.go.th/test/

Hanko, C., Bittner, A., Junge-Hoffmeister, J., Mogwitz, S., Nitzsche, K., & Weidner, K. (2020). Course of mental health and mother-infant bonding in hospitalized women with threatened preterm birth. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 301*(1), 119-128. doi:10.1007/s00404-019-05406-3.

Health Administration Division. (2021). *Report on service plan, mother and child branch, low birth weight birth rate, district level.* Retrieved 15 October 2021 from http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/lbwr?year=2020

Heather, J. C. L., Trace, S. K., Valerie, A. E., Kimberly, A. Y., Haiqun, L., & Jeannette, R. L. (2014). Pregnancy-specific stress, preterm birth, and gestational age among high-risk young women. *NIH Public Access Author Manuscript, 33*(9), 1033-1045. doi:10.1037/a0034586.

Hung, H. Y., Su, P. F., Wu, M. H., & Chang, Y. J. (2020). Status and related factors of depression, perceived stress, and distress of women at home rest with threatened preterm labor and women with healthy pregnancy in Taiwan. *Journal of Affective Disorders, 280*(Pt A), 156-166. doi: 10.1016/j.jad.2020.10.062.

Iranzad, I., Bani, S., Hasanpour, S., Mohammadalizadeh, S., & Mirghafourvand, M. (2014). Perceived social support and stress among pregnant women at health centers of Iran-Tabriz. *Journal Caring Sciences, 3*(4), 287-295. doi:10.5681/jcs.2014.031.

Jittrapirom, A., Chareonsanti, J., & Sriarporn, P. (2014). Pregnancy risk perception, uncertainty and stress among gestational diabetic women. *Nursing Journal, 41*(1), 50-61. [In Thai]

Klomma, C., Baosoung, C., & Sansiriphun, N. (2017). Effect of social support on stress of pregnant women with preterm labor. *Nursing Journal, 44*(3), 9-18. [In Thai]

Kritsanasuwan, T., Khanobdee, C., & Phumonsakul, S. (2016). *The relationships between selected factors, stress, and coping of pregnant women with gestational diabetes mellitus.* Master Thesis (Nursing), Mahidol University, Nakhon Pathom. [In Thai].

Lilliecreutz, C., Laren, J., Sydsjo, G., & Josefsson, A. (2016). Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth, 16*(5), 1-8.

Medical Record and Statistics. (2020). *Annual statistical report.* Chanthaburi: Phrapokklao Hospital. [In Thai].

Nikom, O., & Buthin, S. (2021). Sleep quality and factors associated with sleep quality in the third trimester of pregnant women. *Regional health promotion center 9 journal, 15*(38), 719-731. [In Thai]

Phrommasen, P., Chareonsanti, J., & Sriarporn, P. (2019). Hardiness, social support, and stress among gestational diabetes women. *Nursing Journal, 46*(3), 169-180. [In Thai].

Phupong, V. (2013). *Maternal-fetal medicine.* Samutsakhon: Pimdee. [In Thai].

Raburee, C., Kuasit, U., & Ketjirachot, R. (2022). Factors related to stress level in pregnant women with preterm labor while staying in hospital. *Princess of Naradhiwas University Journal, 14*(3), 267-281. [In Thai]

Seatang, O., Kaewjiboon, J., & Rueankul, T. (2021). Stress and factors related to stress among elderly pregnancy. *Journal of Nursing and Health Research, 22*(3), 71-83. [In Thai].

Selye, H. (1976). *The stress of life.* New York: McGraw-Hill book Company.

Shapiro, G. D., Fraser, W. D., Frasch, M. G., & Seguin, J. R. (2013). Psychosocial stress in pregnancy and preterm birth: Associations and mechanisms. *Journal of Perinatal Medicine, 41*(6), 631-645. doi:10.1515/jpm-2012-0295.

Tachasuksri, T., Siriarunrat, S., Suppasri, P., Suppaseemanont, W., Boonnate, N., & Kwannate, C. (2017). Causal model for quality of life among pregnant women. The Southern College Network. *Journal of Nursing and Public Health, 4*(1), 28-48. [In Thai]

Tanpradit, K., & Kaewkiattikun, K. (2020). The effect of perceived stress during pregnancy on preterm birth. *International Journal of Women's Health, 12,* 287-293. doi:10.2147/IJWH.S239138.

Tuksanawes, P., Kaewkiattikun, K., & Kerdcharoen, N. (2020). Prevalence and associated factors of antenatal depressive symptoms in pregnant women living in an urban area of Thailand. *International Journal of Women's Health, 12,* 849-858. doi:10.2147/IJWH.S278872.

Van Zijl, M. D., Koullali, B., Mol, W. B., Pajkrt, E., & Oudijk, M. A. (2016). Prevention of preterm delivery: Current challenges and future prospects. *International Journal of Women's health, 8,* 633-645. doi:102147/IJWH.S89317.

World Health Organization. (2020). *Preterm birth.* Retrieved 9 October 2023 from https://www. who. int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth