

# ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลรามธิบดี

## Anxiety and Depression in Pregnancy Women with Preterm Labor in Ramathibodi Hospital.

ปิยภรณ์ ปัญญาวิชิต กุลสตรี วรรณะไพสิฐ

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Piyaporn Punyavachira Kunlasatree Wattanapsit

Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) อัตราและระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 24 - 36 สัปดาห์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามธิบดีระหว่างเดือนกันยายน 2556 ถึงเดือนมีนาคม 2557 จำนวน 60 ราย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เก็บข้อมูลภายใน 24 ชั่วโมงโดยใช้ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Thai HADS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.3 มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ ร้อยละ 33.3 ระดับปานกลาง และร้อยละ 18.3 ระดับรุนแรงด้านภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าร้อยละ 70 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 20 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 10 อยู่ในระดับรุนแรง ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการคัดกรองความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่หน่วยฝากครรภ์ เพื่อให้การดูแลก่อนเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

**คำสำคัญ:** ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หญิงตั้งครรภ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

- นางปิยภรณ์ ปัญญาวิชิต พย.ม.(การบริหารการพยาบาล) ตำแหน่ง หัวหน้าห้องคลอด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
- นางสาวกุลสตรี วรรณะไพสิฐ พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

## Abstract

This study aimed at investigating: 1) the rate and level of anxiety and depression in pregnant women with preterm labor and 2) the relationship between the selected factors, included ages, education levels, occupations, family incomes with anxiety and depression in pregnant women with preterm labor. The research participants consisted of 60 pregnant women with preterm labor were recruited between 24 - 36 weeks of gestation in Ramathibodi Hospital from September 2013 to March 2014 by purposive sampling. Participants completed the Demographic Questionnaire and Thai HADS Questionnaire (to assess anxiety and depression ) within 24 hours after admission. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation. The results revealed that the participants 48.3% had mild anxiety scores, 33.3% had moderate anxiety scores, and 18.3% had severe anxiety scores, but the depression scores 70% were mild, 30% moderate, and 10% severe. The selected factors were not correlated with anxiety and depression. This study suggests that nurses should have a screening and assessment of anxiety and depression among pregnant women at antenatal clinic to provide proper management before preterm labor pain and develop the guideline for effective nursing intervention in this group.

**Keywords:** Anxiety, Depression, pregnancy women, preterm labor

## ความเป็นมาของปัญหา

การตั้งครรภ์ แม้จะเป็นเรื่องที่น่าชื่นชม ยินดีและเป็นประสบการณ์ที่น่าประทับใจที่สุดในชีวิตของผู้หญิงส่วนใหญ่ที่จะได้เป็นแม่ แต่ขณะเดียวกันการตั้งครรภ์ก็ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของหญิงตั้งครรภ์โดยกระบวนการตามธรรมชาติ เริ่มจากรูปร่างและผิวพรรณที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายทำให้อ่อนเพลีย ง่วงเหงาหาวนอน วิงเวียน และคลื่นไส้ อาเจียน มีผลทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย หงุดหงิด อารมณ์เสื่อง่าย ขี้ใจน้อย และจากแรงกดดันทางสังคม อาทิ ความคาดหวังของคุณคนในครอบครัว ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวล ซึ่งจากหลายการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าหญิงตั้งครรภ์จะวิตกกังวลเกี่ยวกับ 1. ตัวเองเรื่องรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่สบายตัว อ่อนเพลีย ต้องหยุดงานบ่อย กลัวกระทบงาน 2. ลูกในครรภ์ เช่น กลัวลูกพิการ ลูกไม่แข็งแรง 3. การคลอด เช่น กลัวความเจ็บปวด กลัวอันตรายจากการคลอด 4. การเลี้ยงดูบุตร เช่น กลัวจะไม่ม่มีนมให้ลูก เลี้ยงลูกไม่เป็น 5. เรื่องของสามีและสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น กลัวสามีนอกใจ และ 6. เศรษฐกิจของครอบครัว เช่น กลัวหารายได้ไม่พอเลี้ยงลูก เป็นต้น อย่างไรก็ตาม หญิงตั้งครรภ์จะค่อยๆ ปรับตัว หญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลน้อยและปรับตัวได้ดีจะดูแลตนเองได้ดีขึ้น ขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลสูงและปรับตัวได้ไม่ดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความวิตกกังวลเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้เป็นปกติและมักเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้า (Kessier R.C., 2001) และในหลายการศึกษา (Dunkes S.C., et al., 2012; Bowen

A., et al., 2006) พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยหรือขาดความพร้อมในการตั้งครรภ์ ขาดผู้สนับสนุนทางสังคม ไม่มีคูชีวิต ติดยาเสพติด มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว หรือเศรษฐกิจ มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ มีประวัติสูญเสียบุตรมาก่อน รู้สึกไม่แน่นอนต่อการตั้งครรภ์หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า ซึ่งองค์การอนามัยโลก (Campagne D.M., 2004) รายงานว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดทอนความสามารถของผู้หญิงทั่วโลกและผู้หญิงโดยปกติมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ได้ถึงร้อยละ 10 ถึง 15 (Cuijpers P., et al., 2009) ขณะที่ร้อยละ 20 ของหญิงตั้งครรภ์จะมีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Bowen A., et al., 2006) จากผลของการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ายาวนานจะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสาร glucocorticoids ไปทำให้รก (placenta) ปล่อย corticotrophin-releasing factor ซึ่งเป็น neuropeptide ที่จะไปกระตุ้นการหดตัวของมดลูกและการเปิดของปากมดลูก ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์ และเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ (Dayan J., et al., 2006) นอกจากนี้ยังมีหลายการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพิษแห่งครรภ์การแท้งบุตร (Kurki T., et al., 2000) ทารกน้ำหนักน้อยหรือเกิดก่อนกำหนด (Negggers Y., et al., 2006; Grote N.K., et al., 2010) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และพัฒนาการของทารกในครรภ์และหลังเกิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด เป็นภาวะที่มีอาการเจ็บครรภ์เกิดขึ้นก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ หรือ 259 วันนับจากวันแรกของประจำ

เดือนครั้งสุดท้าย (WHO, 1993) และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 5 – 10 ของทารกเกิดมีชีพทั้งหมด จึงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่กระทบต่อครอบครัวและสังคมทั้งทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ (Shahhosseini Z., 2012) โดยเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อย และมีภาวะทุพพลภาพยิ่งอายุครรภ์น้อยเท่าไร ก็ยิ่งเกิดภาวะทุพพลภาพกับทารกได้มากเท่านั้น ได้แก่ อาการหายใจลำบาก สมองพิการ โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น และร้อยละ 75 ของทารกตายปริกำเนิดเป็นทารกที่เกิดก่อนกำหนด (Novy M.J., et al., 1995; สายฝน ขวาลไพบูลย์, 2552) ในระยะยาวทารกมักมีปัญหาคือ ตาพิการจากจอประสาทตาเสื่อมซึ่งเป็นผลมาจากการให้ออกซิเจนในการช่วยหายใจเป็นระยะเวลาการเรื้อรัง ปัญหาอ่อนแอและปัญหาด้านภาวะอารมณ์ของทารก (London M.L., et al., 2003) ขณะเดียวกันหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดจะต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานเพื่อยับยั้งการคลอด จะได้รับผลกระทบคือทางด้านร่างกายพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความไม่สุขสบายจากการหดตัวของมดลูก หรืออาการข้างเคียงจากการได้รับยา ยับยั้งการคลอด เช่น ซีพอร์แต็นเร็ว เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียนและท้องเสีย (Gyetvai K., et al., 1999) และการจำกัดกิจกรรมให้นอนพักบนเตียง (bed rest) เป็นเวลานานทำให้อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ปวดกล้ามเนื้อส่วนหลังและกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง (Maloni J.A., et al., 1993) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจพบว่า หญิงตั้งครรภ์จะสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง กลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ ทำให้เกิดความกดดันและซึมเศร้า (Heaman & Gupton, 1997); Weiss, Saks, Harris, 2002) และผลกระทบต่อ

เศรษฐกิจในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกาพบว่าในปี ค.ศ. 2005 ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดเฉลี่ย 51,600 ดอลลาร์ต่อราย หรือ 26.2 พันล้านดอลลาร์ต่อปี (Armstrong J., Meis P.J., 2007) ในประเทศไทย การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 1 หรือมีพัฒนาการการล่าช้าและเกิดปัญหาเชิงปัญญาต่ำ จากสถิติหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์ได้ 28 – 37 สัปดาห์ ประมาณปีละ 64,000 – 80,000 คน ในจำนวนนี้มีทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอาการอยู่ในภาวะวิกฤติต้องอยู่ในไอซียู ปีละกว่า 11,000 ราย เนื่องจากอวัยวะภายในโดยเฉพาะปอด ตับ ยังทำงานไม่สมบูรณ์ ระบบภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ทำให้ติดเชื้อง่าย การควบคุมอุณหภูมิในร่างกายไม่ดีพอ และยังมีปัญหาเรื่องการดูดนม ต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ และใช้เครื่องมือแพทย์ราคาแพง ใช้เวลานานนอนอยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ยร้อยละ 2 – 3 เดือน ใช้งบประมาณดูแลปีละไม่ต่ำกว่า 5,000 ล้านบาท (นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) ดังนั้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนเข้าสู่ระยะคลอด เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่มีสาเหตุจากภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

จากสถิติในท้องคลอดโรงพยาบาลรามาริบัติ ปี พ.ศ.2555 พบอัตราการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดร้อยละ 7.33 การดูแลตามปกติจะเป็นการดูแลรักษาทางด้านร่างกาย โดยให้ยา ยับยั้งการคลอดจนสามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อหรือสิ้นสุดที่การคลอดก่อนกำหนด ซึ่งจะพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น พักหลับไม่ได้ เป็นต้น ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจ หญิงตั้งครรภ์จะมีความวิตก

กังวล กลัวคลอดก่อนกำหนด หงุดหงิดฉุนเฉียว และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัญหาทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด แต่ในทางปฏิบัติไม่ได้มีเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาทางด้านจิตใจดังกล่าว ทำให้การดูแลมุ่งเน้นที่รักษาอาการเจ็บครรภ์และภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ยับยั้งการคลอด ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษา อัตราและระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยใช้แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Thai HADS) ของกรมสุขภาพจิต เพื่อค้นหาว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์หรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลในห้องคลอดและเป็นข้อมูลเพื่อการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่หน่วยฝากครรภ์ในอนาคต

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอัตราการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด
2. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
4. เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทางด้านจิตใจให้มีประสิทธิภาพ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ descriptive cross-sectional study โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 24 - 36 สัปดาห์ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบอาการใดอาการหนึ่ง ดังนี้ 1) มีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอมากกว่า 4 ครั้งใน 20 นาที หรือตั้งแต่ 8 ครั้งใน 1 ชั่วโมง หรือทุก 10 นาทีร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก 2) ปากมดลูกเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร และ 3) มีความบางของปากมดลูกมากกว่า 80 % และเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลรามธิบดี ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556 จำนวน 60 รายที่ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Thai HADS) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่ง ผศ.นพ.ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ได้ทำการศึกษาความเชื่อถือได้และความแม่นยำของแบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย ในผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 60 ราย พบว่าสามารถใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ศึกษาได้ดี โดยมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการวิตกกังวลเท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับ และมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 85.71 และ 91.3 ตามลำดับ เมื่อใช้ cut-off point ที่คะแนน >11 คะแนนเป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่ามี

ความผิดปกติทางจิตเวช โดย Thai HADS มีความเห็นพ้องกับการวินิจฉัยทางคลินิกคิดเป็นร้อยละ 88.33 สำหรับอาการวิตกกังวล ( $P < 0.001$ ,  $kappa = 0.67$ ) และร้อยละ 90 สำหรับอาการซึมเศร้า ( $P < 0.001$ ,  $kappa = 0.73$ ) ส่วนค่าความเชื่อถือได้พบว่าค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของทั้ง 2 sub - scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8551 สำหรับ anxiety sub-scale และ 0.8259 สำหรับ depression sub-scale แบบสอบถามนี้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0 - 21 คะแนน คะแนน 0 - 7 เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช คะแนน 8 - 10 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน และคะแนน 11 - 21 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คำนึงถึงสิทธิของผู้ร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยได้ส่งโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเพื่อขออนุมัติในการวิจัย เมื่อโครงร่างวิจัยได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่ม

ดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยทราบ และผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลและให้ผู้ร่วมวิจัยเซ็นหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกนักศึกษาที่ห้องคลอดและแพทย์รับไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยสัมภาษณ์และสอบถามข้อคำถามตามเครื่องมือวัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Thai HADS) ทุกข้อ โดยอ่านให้ฟัง และผู้ร่วมวิจัยตอบ หรือให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกนักศึกษาที่ห้องคลอดและแพทย์รับไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยสัมภาษณ์และสอบถามข้อคำถามตามเครื่องมือวัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Thai HADS) ทุกข้อ โดยอ่านให้ฟัง และผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล

### ผลการวิจัย

ได้แบบสอบถามครบสมบูรณ์ 60 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 โดยการศึกษาพบว่า

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์แรก (ร้อยละ 48.30) มีอายุครรภ์เฉลี่ย 33 สัปดาห์ ( $X = 32.50$ ,  $SD = 3.19$ )

อยู่ในกลุ่มอายุ 20 - 34 ปี (ร้อยละ 58.30) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 30) และกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 11.70) ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยที่สุด 14 ปี และอายุมากที่สุด 42 ปี มีอายุเฉลี่ย 29 ปี ( $X = 28.78$ ,  $SD = 6.72$ ) การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 45) ส่วนใหญ่

ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัท รับจ้าง ค้าขาย มีเพียงร้อยละ 35 ที่เป็นแม่บ้าน และร้อยละ 1.70 กำลังศึกษาอยู่ มีรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ยมากกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 18.3 เท่ากับกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 15,000 บาท (ตารางที่ 1)

### ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b> ( $X = 28.78$ , $SD = 6.72$ , $\text{min} - \text{max} = 14-42$ ปี)		
น้อยกว่า 20 ปี	7	11.7
20-34	35	58.3
มากกว่า 34 ปี	18	30.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	5	8.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	15.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช.	14	23.3
อนุปริญญา , ปวส.	5	8.3
ปริญญาตรีขึ้นไป	27	45.0
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง	8	13.3
ธุรกิจส่วนตัว, ค้าขาย	5	8.3
รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	5	8.3
พนักงานบริษัท	20	33.3
แม่บ้าน	21	35.0
นักเรียน, นักศึกษา	1	1.70
<b>รายได้ครอบครัวต่อเดือน</b> ( $X = 36,025.00$ , $SD = 22,255.91$ , $\text{min} - \text{max} = 8,000 - 100,000$ , $\text{mode} = 30,000$ ปี)		
น้อยกว่า 15,000	11	18.3
15,001-50,000	38	63.3
มากกว่า 50,000	11	18.3

2. ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด พบว่า ร้อยละ 48.3 มีความวิตกกังวลน้อย ร้อยละ 33 มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และร้อยละ 18.3 มีความ

วิตกกังวลในระดับรุนแรง ส่วนภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำพบร้อยละ 70 ปานกลางร้อยละ 20 และร้อยละ 10 มีระดับรุนแรง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลและ  
ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n=60)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	X	SD	Skewness
ความวิตกกังวล					7.80	0.47	0.46
Mild	29	48.3	0-7	0-7			
Moderate	20	33.3	8-10	8-10			
Severe	11	18.3	11-21	11-17			
ภาวะซึมเศร้า					5.90	0.43	0.74
Mild	42	70.0	0-7	0-7			
Moderate	12	20.0	8-10	8-10			
Severe	6	10.0	11-21	11-15			

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัว กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า พบว่า ทั้งอายุ การศึกษา อาชีพและรายได้ของ

ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า(ตาราง 3)

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n=60)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. อายุ	1.00					
2. การศึกษา	.47 <sup>*</sup>	1.00				
3. อาชีพ	-.24	-.17	1.00			
4. รายได้ครอบครัว	.41 <sup>*</sup>	.52 <sup>*</sup>	-.04	1.00		
5. ความวิตกกังวล	.05	.02	.25	.18	1.00	
6. ภาวะซึมเศร้า	.02	-.04	.24	.21	.69 <sup>*</sup>	1.00

\* p < .01

### การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ซึ่งมาอนรรักษาพยาบาลในห้องคลอดโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยใช้แบบคัดกรองความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตในการสำรวจภายใน 24 ชั่วโมงตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลและก่อนการคลอด ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าน้อยร้อยละ 100 โดยมีอัตราการเกิดความวิตกกังวลในระดับน้อยร้อยละ 48.3 ปานกลางร้อยละ 33.3 และระดับรุนแรงร้อยละ 18.3 แต่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยร้อยละ 70 ปานกลางร้อยละ 20 และระดับรุนแรงร้อยละ 10 แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 52.7 และก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 30 สอดคล้องกับ อีมีนี เซนและคณะ (Sen.E., et al., 2013) ที่ศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดจำนวน 113 ราย โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล State Anxiety Inventory (SAI) และ Trait Anxiety Inventory (TAI) และแบบวัดภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) ที่พบว่าหญิง

เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดมีความวิตกกังวลในระดับสูงและภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ซึ่งการศึกษานี้ยังสนับสนุนหลายการศึกษาที่ผ่านมา อาทิ ดาแยนและคณะ (Dayan.J., et al., 2006) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวอายุครรภ์ 20 – 28 สัปดาห์ที่หน่วยฝากครรภ์จำนวน 681 คนโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวล The Spielberger State - Trait Anxiety Inventory และแบบวัดภาวะซึมเศร้า The Edinburgh Postnatal Depression Scale พบว่าร้อยละ 4.8 ของกลุ่มตัวอย่างคลอดก่อนกำหนดและมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้า แต่ไม่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลในระหว่างตั้งครรภ์ แต่โอร์ร์และคณะ (Orr ST., et al., 2007) ศึกษาความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 1,820 รายพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับความวิตกกังวลสูงมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ อามิริและคณะ (Amiri F.Nasiri., et al., 2009) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดมีระดับความวิตกกังวลในระหว่างตั้งครรภ์สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ครบกำหนดและมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกัน โอร์ร์และคณะ (Orr ST., et al., 2002) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้ากับการ

คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์มีค่าชาวอเมริกา ระหว่างปี ค.ศ. 1991 ถึง 1993 จำนวน 1,399 ราย พบว่า ร้อยละ 8.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีการคลอดก่อนกำหนดและในกลุ่มนี้ร้อยละ 12.7 มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงและร้อยละ 8 มีอาการซึมเศร้าในระดับต่ำ ต่อมา ซาโฮสเสินีและคณะ (Shahhosseini.Z., et al., 2012) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการคลอดก่อนกำหนด พบว่าร้อยละ 26.2 ของหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 20 - 28 สัปดาห์ จำนวน 428 รายในประเทศอิหร่าน มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการคลอดก่อนกำหนด และการศึกษาของอีซฮานพัวและคณะ (Ehsanpour.S., et al., 2012) ที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ 378 รายจากการสุ่มคัดเลือกพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.7 และมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของหญิงเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยด้านอายุ การศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา อาทิ ไพรศาล คูรีและคณะ (Faisal-Cury A., et al., 2007) ที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า การไม่ได้แต่งงานและการมีรายได้ต่ำ ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับรายได้ต่ำของครอบครัวและประวัติการแท้งบุตรหลายครั้ง และการศึกษาของอีซฮานพัวและคณะ (Ehsanpour.S., et al., 2012) พบว่าภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับการศึกษา อาชีพของทั้งหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส เป็นต้น ดังนั้นผลที่ได้

จากการศึกษานี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีน้อยเกินไปไม่สามารถวัดความสัมพันธ์ทางสถิติได้

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางจนถึงรุนแรง และส่วนหนึ่งเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารก ดังนั้นจึงควรมีระบบการคัดกรองความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ เพื่อให้การดูแลก่อนเกิดภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด และให้การดูแลทางด้านจิตใจ ในขณะที่นอนโรงพยาบาลจนถึงหลังคลอดเพื่อสุขภาพของมารดาทารก

## ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรคัดกรองความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์
2. ควรวัดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกรายในขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่ได้ให้ทุนในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผศ.ดร.สตรีรัตน์ ธาดาگانต์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในการเขียนบทคัดย่อฉบับภาษาอังกฤษในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ข้อมูลจนการวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ.(2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 41(1), 18-29.
- สายฝน ขวาลไพบูลย์.(2552.) ประสบการณ์ดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลศิริราช. ในธนานิธิ์ โคละทัต , มานิต ศรีประโมทย์, พิมล ศรีสุภาพ, แสงแข ชำนาญ วณกิจ.
- จันทิมา จรัสทอง (บรรณานุกรม). การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพมารดาและมารภเพื่อการดูแลภาวะคลอดก่อนกำหนด (หน้า 228 – 239).กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- Amiri, F. N., Salmalian, H., Hajiahmadi, M., & Ahmadi, A. M. (2009). Association between Prenatal Anxiety and Spontaneous Preterm Birth. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 11(4).
- Armstrong, J., & Meis, P. J. (2007). Clinical, Family, and Cost Outcomes of Preterm Births: An Overview of the Problem and Prevention Opportunities. *JCOM*, 14(10), 547-553.
- Bowen, A., & Muhajarine, N. (2006). Antenatal depression. *Can Nurse*, 102(9), 26-30.
- Campagne, D. M. (2004). The obstetrician and depression during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 116(2), 125-130.
- Cuijpers, P., Munoj, R. F., Clarke, G. N., & Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression : the Coping with Depression Course thirty years later. *Clin Psychol Rev*, 29(5), 449-458.
- Dayan, J., Creveuil, C., Marks M. N., Conroy, S., Herlicoviez, M., Dreyfus, M., Tordjman, S., et al. (2006). Prenatal depression, Prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 938-946.
- Dunkel, S. C., & Tanner L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*, 25(2), 141-148.
- Ehsanpour, S., Shabangiz, A., Bahadoran, P., & Kheirabadi, G. R. (2012). The association of depression and preterm labor. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(4), 275-278.
- Faisal-Cury. A., & Menezes, P. R. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 25-32.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., & Katon, W. J. (2010).

- A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*, 67(10), 1012-1024.
- Gupton, A., Heaman, M., & Ashcroft, T. (1997). Bed Rest From the Perspective of the High-Risk Pregnant Woman. *JOGNN*, 26(4), 423-430.
- Gyetvai, K., Mary, E. H., Ellen, D. H., & Arne, O. (1999). Tocolytics for preterm labor: a systemic review. *Obstetrics & Gynecology*, 94(5), 869-877.
- Kessler, R. C., Keller, M. B., & Wittchen, H. U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr.Clin.North Am*, 24, 19-39.
- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H., & Ylikorkala, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*, 95(4), 487-490.
- London, M. L., Ladewig, P. W., Ball, J. W., & Bindler, R. C. (2003). *Maternal-newborn & child nursing:family-centered care*. New Jersey: Prentice Hall.
- Maloni, J. A., Chance, B., Zhang, C., Cohem, D. B., Arnold, W., & Gange, S. J. (1993). Physical and Psychosocial Side Effects of Antepartum Hospital Bed Rest. *Nursing Research*,42(4), 197-203.
- Neggers, Y., Goldenberg, R., Cliver, S., & Hauth, J. (2006). The relationship between psychosocial profile, health practices and pregnancy outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85, 277-285.
- Novy, M. J., McGreger, J. A., & Iams, J. D. (1995). New perspective on the preventive of extreme prematurity. *Clin Obstet Gynecol*, 38(4), 790-808.
- Orr, S. T., James, S. A., & Prince, C. B. (2002). Maternal Prenatal Depressive Symptoms and Spontaneous Preterm Births among African-American Women in Baltimore, Maryland. *Am. J. Epidemiol*, 156(9), 797-802.
- Orr, S. T., Reiter, J. P., Blazer, D. G., & James, S. A. (2007). Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 566-570.
- Sen, E., & Sirin, A. (2013). The factors affecting depression, anxiety and perceived social support level of pregnant women who have the diagnosis of preterm labor. *Gaziantep Medical Journal*,19(3), 159-163.
- Shahhosseini, Z., Douki, Z. E., Vaezzadeh, N., & Keshavarz, Z. (2012). Maternal Depression and Preterm Delivery. *World Applied Sciences Journal*, 18(1), 15-20.

Weiss, M. E., Saks, N. P., & Harris, S. (2002).  
 Resolving the Uncertainty of Preterm  
 Symptoms: Women's Experiences  
 With the Onset of Preterm Labor.  
*JOGNN*, 31(1), 66-76.

**ประวัติผู้เขียน**

**ชื่อ-สกุล**

(ภาษาไทย) นางปิยภรณ์ ปัญญาวิชิต  
 (ภาษาอังกฤษ) Mrs.Piyaporn Punyavachira  
 คุณวุฒิ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 (พย.ม.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,  
 M.N.S.(Nursing Administration)  
 ตำแหน่ง หัวหน้าห้องคลอด ภาควิชาพยาบาล  
 ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
 โรงพยาบาลรามธิบดี  
 มหาวิทยาลัยมหิดล  
 สถานที่ทำงาน ห้องคลอด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์  
 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล  
 รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
 โทร 02-2011418, 02-2011428

**ชื่อ-สกุล**

(ภาษาไทย) นางสาวกุลสตรี วรรณะไพสิฐ  
 (ภาษาอังกฤษ) Ms.Kunlasatree Wattanapaisit  
 คุณวุฒิ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.)  
 มหาวิทยาลัยมหิดล,M.N.S.  
 (Maternity and Newborn Nursing)  
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ  
 สถานที่ทำงาน ห้องคลอด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์  
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล  
 รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
 โทร. 02-2011418, 02-2011428  
 สถานที่ติดต่อ หอพักพยาบาล 5 ห้อง 213  
 โรงพยาบาลรามธิบดี ถนนพระราม  
 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี  
 กรุงเทพมหานคร 10400  
 โทร 087-0785467