

ความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์
คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับย้ง
การเจ็บครรภ์คลอด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์
คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้ง
การเจ็บครรภ์คลอด

เกียรทอง นิมศิริ

นางสาวเกียรทอง นิมศิริ

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศรีสมร ภูมณสกุล,

พย.ด

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ อรพินธ์ เจริญผล,

ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ด

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์
คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้ง
การเจ็บครรภ์คลอด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)
วันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นางสาวเทียรทอง นิ่มศิริ
ผู้วิจัย

File 1-

รองศาสตราจารย์ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล,
พย.ด
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,
D.S.N. (Adult Health Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ อรุณรัตน์ เจริญผล,
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศรีสมร ภูมณสกุล,
พย.ด
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิณ,
M.D., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร ภูมณสกุล ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ อรพินธ์ เจริญผล กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อคิดเห็น และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง และปัญหาต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และรองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม ที่ให้ข้อคิดเห็น และคำแนะนำในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขและปรับปรุงเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล บุคลากรแผนกห้องคลอด และแผนกสูติรีเวชกรรม ณ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือทุกขั้นตอนของงานวิจัย และขอขอบคุณสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดครั้งแรก ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการศึกษาวิจัย

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบคุณ คุณพ่อ-คุณแม่ เพื่อนๆ ที่ให้กำลังใจสนับสนุนในการศึกษามาโดยตลอด ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล มารดาและทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย ห้องคลอดทุกท่านที่เป็นกำลังใจให้โดยตลอด และขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เทียรทอง นิมศิริ

ความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

THE PREDICTABILITY OF SELECTED FACTORS ON UNCERTAINTY IN PRETERM LABOR PAIN AND COPING OF PREGNANT WOMEN WITH TOCOLYSIS

เทียรทอง นิมศิริ 4936994 RAMN/M

พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ศรีสมร ภูมณสกุล, D.N.S., อรพินธ์ เจริญผล, M.Ed.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ ปัจจัยคัดสรร ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากสตรีตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 24-37 สัปดาห์ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดครั้งแรก ณ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2552 จำนวน 100 ราย รวบรวมโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามี แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.51, p < .01$) สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 26 ($r^2 = .26, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด ($r = .23, p < .05$) สามารถทำนายการเผชิญความเครียดได้ร้อยละ 5.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r^2 = .055, p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดทุกราย และส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะด้านความสามารถในการทำนายการเจ็บป่วย ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแนวทางการรักษา และการดำเนินโรค

คำสำคัญ: ความรู้สึกไม่แน่นอน / การเผชิญความเครียด / การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

THE PREDICTABILITY OF SELECTED FACTORS ON UNCERTAINTY IN PRETERM LABOR PAIN AND COPING OF PREGNANT WOMEN WITH TOCOLYSIS

THIANTHONG NIMSIRI 4936994 RAMN/M

M.N.S. (MATERNITY AND NEWBORN NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SRISAMORN PHUMONSAKUL, D.N.S.,
ORAPIN CHAREONPOL, M.Ed.

ABSTRACT

This study was descriptive research aimed at studying the predictability of selected factors on uncertainty in preterm labor pain and coping of pregnant women with tocolysis. The sample was chosen by purposive sampling from women who were 24-37 weeks pregnant and were diagnosed with having preterm labor pain and prescribed tocolytics at the hospitals of Bangkok Metropolitan Administration during July 2008 – January 2009, totalling 100 persons. The data were collected by using a demographics data questionnaire, the perceived severity of preterm labor pain questionnaire, the social support from husbands questionnaire, the social support from nurses questionnaire, and the uncertainty in preterm labor pain and coping questionnaire. The data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's product moment correlations, and stepwise multiple regression analysis.

According to the results of the study, it was found that the sample had a moderate level of uncertainty about preterm labor pain; social support from nurses was negatively related to uncertainty in preterm labor pain with statistical significance ($r = -.51, p < .01$); 26% of the predictive variance in uncertainty in preterm labor pain could be accounted for ($r^2 = .26, p < .01$); and social support from nurses was positively related to coping ($r = .23, p < .05$) with 5.5% of the predictive variance in coping accounted for ($r^2 = .055, p < .01$).

The study results suggest that nurses should assess uncertainty about preterm labor pain for every pregnant woman given tocolytics and encourage those pregnant women who were prescribed tocolytics on ways to reduce their uncertainty in preterm labor pain. They should receive correct information about preterm labor pain, treatment, and the progress of disease.

KEY WORDS: UNCERTAINTY / COPING / PRETERM LABOR PAIN

169 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
คำถามการวิจัย	11
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	11
สมมติฐานของการวิจัย	12
ขอบเขตของการวิจัย	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	12
นิยามตัวแปร	13
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	16
ความรู้สึกล้มเหลวในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด	25
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกล้มเหลวในการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด	29
การเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด	45
ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคมจากสามีฯ กับการการเผชิญ ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด	49

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	53
วิธีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	53
สถานที่ศึกษา	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
การพิทักษ์สิทธิ	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล	68
การวิเคราะห์ข้อมูล	70
บทที่ 4 ผลการวิจัย	72
บทที่ 5 อภิปรายผล	81
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	93
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	97
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	115
บรรณานุกรม	133
ภาคผนวก	145
ประวัติผู้วิจัย	169

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	73
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง	75
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเป็ ของความรู้สึกลึกไม่แน่นอน ในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่าง	76
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ ของการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง	77
5	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	79
6	ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่าง	80
7	ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายวิธีการเผชิญความเครียดด้านเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง	80

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2	ความสัมพันธ์ของตัวแปร	11



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การตั้งครรภ์เป็นขั้นตอนพัฒนาการที่สำคัญในชีวิต การตั้งครรภ์ที่ครบกำหนดและสามารถให้กำเนิดบุตรที่มีสุขภาพแข็งแรงปราศจากความผิดปกติ เป็นผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ทุกคนในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ต้องการ (Richardson, 1987: 20) การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์ 20-37 สัปดาห์ จึงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่งทางสูติศาสตร์ ที่อาจขัดขวางการดำเนินการตั้งครรภ์ไม่ให้เป็นไปตามปกติ และเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80 (จิตพร อิงคदारวงศ์, 2546: 27) ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของการเกิดทารกน้ำหนักน้อย การตายปริกำเนิด ที่เป็นตัวชี้วัดสถานะสุขภาพของประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) โดยเป็นสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดได้ถึงร้อยละ 60 ของทารกคลอดก่อนกำหนด (Goldenberg, 2002) ในประเทศไทยปีงบประมาณ 2544-2546 ซึ่งพบว่าเป็นร้อยละ 13.35, 10.38, 10.76 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของทารกปริกำเนิด (กองสถิติกระทรวงสาธารณสุข, 2547) ในสหรัฐอเมริกาการคลอดก่อนกำหนดพบได้ประมาณร้อยละ 6.8-11 (Cunningham, 2001) และในปี ค.ศ. 2003 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.3 (Bailil & Votruba, 2007: 219) ส่วนในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกันไปตามแต่ละกลุ่มประชากร ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครปี 2549 เช่น โรงพยาบาลกลางพบได้ร้อยละ 10.68 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลพบได้ร้อยละ 14.30 โรงพยาบาลตากสินพบได้ร้อยละ 5.02 และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์พบได้ร้อยละ 10.01

การคลอดก่อนกำหนดก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของทารกภายหลังคลอด โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ อันได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก ภาวะหยุดหายใจ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท อันได้แก่ ภาวะอุณหภูมิต่ำหรือสูงไป ภาวะพิษออกซิเจนต่อตา ในทารกคลอดก่อนกำหนด ภาวะบิลิรูบินสูงในสมอง ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ พาแตนต์ดักตัสอาร์เทอริโอซัส (Patent ductus Arteriosus: PDA) และภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหารและลำไส้ ได้แก่ ภาวะลำไส้ขาดเลือด (Necrotizing enterocolitis: NEC) (Mandeville & Trioano, 1992: 58; Fuch, Fuchs & Stubblefield, 1993: 465-475; นฤมล ชีระรังสิกุล,

2545) และพบว่าทารกมักมีปัญหาในระยะยาว คือ การเรียนรู้ช้า ดาพิการ ปัญญาอ่อนและปัญหาด้านภาวะอารมณ์ของทารก (Blackman, 1991 cited in Eganhouse, 1994: 756; นฤมล ชีระรังสิกุล, 2545) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจที่สำคัญในการดูแลรักษา ในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่า จะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยรายละ 10,000 ดอลลาร์สหรัฐ (Wiknjosastro, 1998)

สตรีตั้งครรภ์มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่มักจะต้องได้รับการรับตัวเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ยับยั้งการคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ครอบครัวและสังคม ทั้งจากความสุขสบายจากการหดตัวของมดลูก หรืออาการข้างเคียงขณะได้รับยายับยั้งการคลอด เช่น ชีพจรเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียนและท้องเสีย (Dickson, Silverman & Schult, 1994: 549; Coster Schulz & Mackey, 1998) และผลจากกระบวนการรักษา เช่น อารมณ์ไม่มั่นคง การรับรู้ลดลง สูญเสียการควบคุมตนเอง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ความเครียดและวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยวและเบื่อหน่าย รู้สึกขัดแย้งในบทบาทของตนเองที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองสูญเสียอำนาจและรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง (Mercer & Ferketich, 1988; Clauson, 1996; Heamam & Gupton, 1997; Weiss, Saks, & Harris, 2002) มีความยากลำบากในการทำภารกิจของการตั้งครรภ์ให้สำเร็จ ซึ่งจะมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุตรในครรภ์ และการปรับบทบาทการเป็นมารดา (Mercer, 1988; ศิริพร นัทรโพธิ์ทอง, 2536) ในส่วนของคู่สมรสเอง จะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวลและความเครียด เมื่อรู้ว่าภรรยาตนเองมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Hsieh, Kao & Gau, 2006) และทำให้คุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสลดลง (May, 1993; Maloni & Ponder, 1997; Maloni & Kutil, 2000) ในรายที่นอนโรงพยาบาลนาน สตรีตั้งครรภ์ต้องหยุดงานหรือออกจากงานทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากสตรีตั้งครรภ์บางรายจะต้องจ้างพี่เลี้ยงบุตรหรือไปฝากเลี้ยงตามสถานที่รับเลี้ยงเด็ก รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามีต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของครอบครัว ส่งผลทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว (Coster Schulz & Mackey, 1998) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 820 ล้านดอลลาร์ต่อปี (Nicholson, Frick & Power, 2000)

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ ถึงแม้ว่าจะได้มีการศึกษาถึงสาเหตุในการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้มีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาช่วยเหลือมากขึ้น เช่น การใช้ยาที่ช่วยให้มดลูกคลายตัว (Tocolytic agent) การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การจัดโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและ

อาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ (Murphy, 1993; Shellaas & Iams, 2002; Weiss et al., 2002; Freda, 2003; วินิต พัวประดิษฐ์ และสมพล พงศ์ไทย, 2544) ก็ไม่สามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้แน่นอน จากการวิเคราะห์เมตา (Meta analysis) เกี่ยวกับการใช้ยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก พบว่ายาให้ผลยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ไม่เกิน 48 ชั่วโมง (Canadian Preterm Labor group cited in Cunningham, 2001) และจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ สถาบันคอกแรนคอลลาโบเรชัน (Cochrane Collaboration, 2006) 11 รายงานวิจัยในสตรีตั้งครรภ์ 1320 ราย ที่รับยาขับยั้งการคลอดในกลุ่ม Beta-mimetic พบว่ายาให้ผลยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ไม่เกิน 48 ชั่วโมงจำนวน 1209 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.59 สามารถยับยั้งการคลอดได้ 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.4 และกลับมาคลอดก่อน 37 สัปดาห์ 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.27 ในสตรีตั้งครรภ์ที่สามารถยับยั้งการคลอดได้ เนื่องจากในปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมและสังคม ก่อให้เกิดปัจจัยต่าง ๆ นอกจากปัจจัยทางด้านชีวภาพที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด เช่น ความเครียดจากชีวิตประจำวันและภายในครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และฐานะทางเศรษฐกิจ (Creasy & Resnik, 1989) และพบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงมากขึ้น (ลักษณะ สุวะจันทร์, 2551) ซึ่งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมักพบในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี (ธีระ ทองสง และชนนทร์ วนาภิรักษ์, 2541) ดังนั้นจึงได้มีการโครงการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในวัยรุ่นขึ้น ดังแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554

ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด มักมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Taylor-Piliae & Molassiotis, 2001) เกิดความเครียดและวิตกกังวลทั้งในสตรีตั้งครรภ์เองและครอบครัว (Wong & Bramwell, 1992) ทำให้นอนไม่หลับ (Bonnema et al., 1998) และมีภาวะสุขภาพทรุดโทรม (Daly, 2000) เกิดความทุกข์ใจ (Webster & Christman, 1988) ลดอำนาจในการควบคุมตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าอันตราย (Mishel, 1988) ลดระดับความสามารถในการเรียนรู้ (Braden, 1990) และความหวังในการหายจากโรคลดลง (Weiss et al., 2002) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะรบกวนการทำงานของกระบวนการรู้คิด ขัดขวางการประเมินตัดสินใจต่อเหตุการณ์ ทำให้บุคคลมีความยากลำบากและมีข้อจำกัดในการเผชิญความเครียดและการปรับตัว (Mishel, 1988) ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นภาวะการรู้คิดที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจในการให้ความหมายหรือคุณค่า ไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นใน

อนาคตได้ เนื่องจากขาดตัวชี้นำหรือสิ่งที่สามารถบ่งบอกได้อย่างเพียงพอเหมาะสม (Mishel, 1981, 1988) การประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นว่าเป็นอันตรายหรือโอกาส ทำให้แต่ละบุคคลมีวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน เพราะแต่ละบุคคลให้ความหมายของสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนแตกต่างกัน (Misshel, 1988, 2006 cited in Tomey & Alligood, 2006) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการให้ความหมายของเหตุการณ์ ที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงนั้น ได้มีผู้ศึกษาไว้หลากหลาย กล่าวคือ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีมากจะทำให้เกิดความเครียดและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก (Braden, 1990a, 1990b cite in Mast, 1995: 13; Lueprasert, 2003) อายุเป็นแหล่งสนับสนุนภายในของสตรีตั้งครรภ์ ที่สามารถบอกให้ทราบถึงระดับความสามารถในการรู้คิดเพื่อประเมินข้อมูลและการแปลความหมายต่อเหตุการณ์ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยจะมีระดับความเครียดน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย (Lueprasert, 2003; ปิยะเนตร กาญจนเจริญ, 2541) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเครียดหรือความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในการตั้งครรภ์ปกติสตรีตั้งครรภ์ต้องการการดูแลเอาใจ การสนับสนุนด้านเงินทองจากสามีมากที่สุด (May & Mahlmeister, 1986, 1997; Gu, 1990; Lee, 2000 cited in Hsieh et al., 2006) เช่นเดียวกับในการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง (Primomo, Yates & Wood, 1990; Lueprasert, 2003) โดยเฉพาะต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญจากพยาบาลจะช่วยสนับสนุนการให้ความหมายเหตุการณ์ ทำให้เกิดความกระจ่างและชัดเจนต่อเหตุการณ์ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและอาการที่จะเกิดขึ้นตามมาแก่สตรีตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลง (Mishel, 1988) จากการศึกษาของ กัฟตันและคณะ (Gufton et al., 1997) พบว่าการสนับสนุนจากพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของไลเนมและมิลเลอร์ (Lynam & Miller, 1992) พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลจากพยาบาลในเรื่อง ผลลัพธ์ของภาวะสุขภาพทารก สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การรักษาและผลข้างเคียงของยา ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด และการได้รับคำตอบที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง

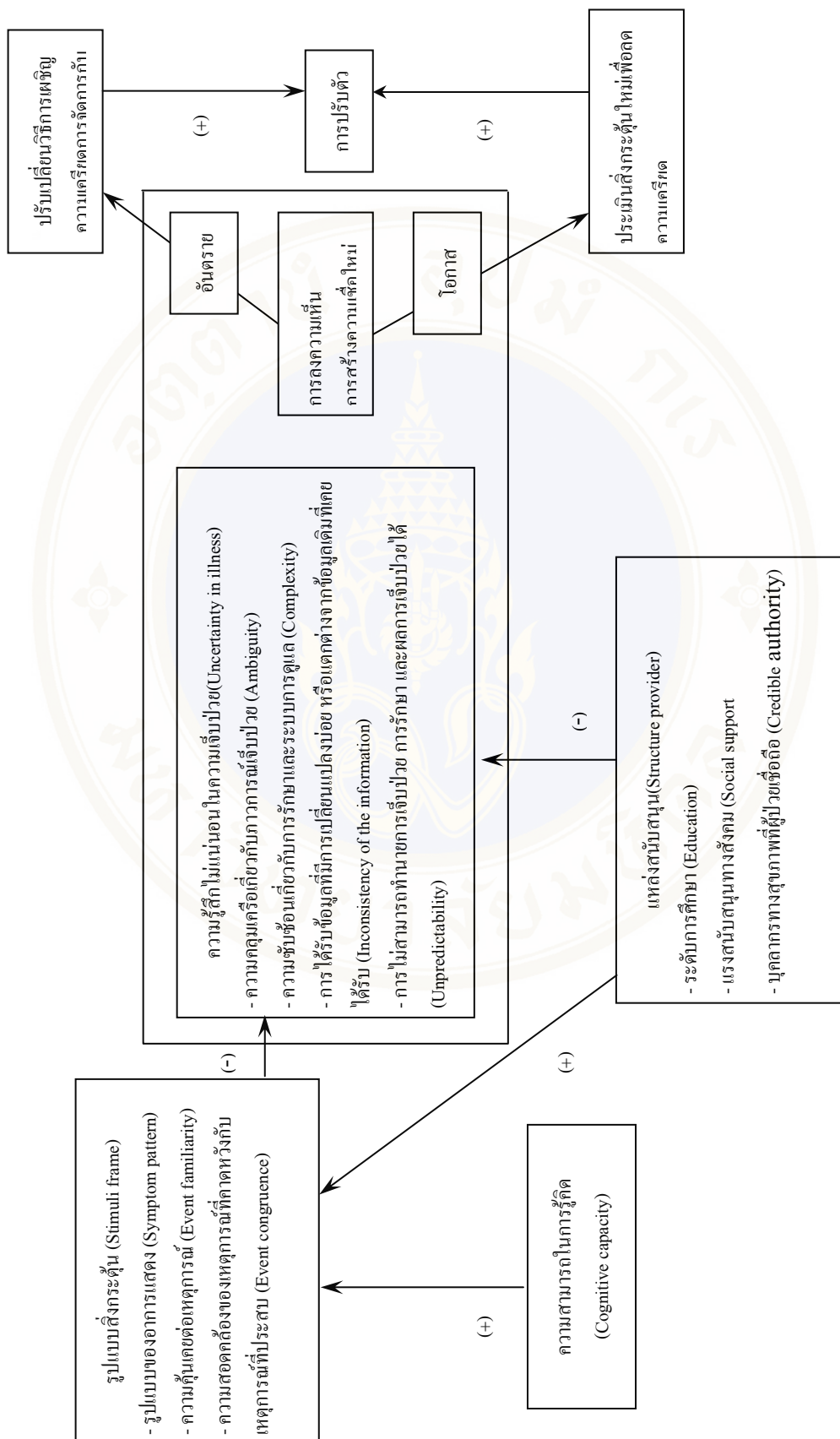
นอกจากนี้บุคคลจะมีวิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการจัดการกับอารมณ์ ดังนี้ 1) การเผชิญที่มุ่งเน้นอารมณ์ 2) การเผชิญที่มุ่งแก้ไขปัญหา (Mast, 1995) ดังรายงานการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยใช้วิธีการมุ่งแก้ไขปัญหาและวิธีการจัดการกับอารมณ์ควบคู่กันไป แต่จะใช้วิธีการมุ่งแก้ไขปัญหามากที่สุด (เบญจวรรณ เอกะสิงห์, 2541) และสอดคล้องกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงขณะเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (ปิยะเนตร กาญจนเจริญ, 2541)

อย่างไรก็ตามสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทุกราย และมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่รวดเร็วมีผลกระทบทั้งในตนเอง บุตรในครรภ์และครอบครัว จึงน่าจะมีความแตกต่างในสถานการณ์ต้นเหตุของความรู้สึกไม่แน่นอนตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษารายงานวิจัย ยังไม่พบการศึกษารูสึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสามารถในการทำนายของ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลช่วยเหลือสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์ลดความรู้สึกไม่แน่นอนและสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988: 225-231, 1990: 256-262; Mast, 1995: 5) เป็นพื้นฐานในการศึกษา ดังแสดงในภาพแสดงที่ 1

ความรู้สึกไม่แน่นอน หมายถึง ภาวะการรับรู้ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจการให้ความหมายหรือคุณค่า ไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้เนื่องจากขาดตัวชี้นำหรือสิ่งที่สามารถบ่งบอกได้อย่างเพียงพอ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมี 4 ลักษณะได้แก่ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) 2) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) 3) การได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิม (Inconsistency of the information) 4) ความไม่สามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ (Unpredictability) ซึ่งรูปแบบของสิ่งกระตุ้นความสามารถในการรู้คิด และแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ เป็นปัจจัยแหล่งข้อมูลที่บุคคลใช้ในการแปลความหมายเหตุการณ์เจ็บป่วย ที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน (Mishel, 1988: 225-231; Mast, 1995: 3-21) ดังนี้



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness) (Mishel, 1988: 226)

1. ปัจจัยด้านรูปแบบของสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) หมายถึงรูปแบบหรือโครงสร้างของสิ่งกระตุ้นที่บุคคลรับรู้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) รูปแบบของอาการแสดง (Symptom pattern) หมายถึง ระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องสม่ำเสมอของอาการแสดง ที่บุคคลเกิดการรับรู้และให้ความหมาย ซึ่งประเมินได้จากความรุนแรงของอาการ ความถี่ของการเกิดอาการ จำนวนครั้งที่เกิดตำแหน่งและระยะเวลาที่เกิดความเจ็บป่วย โดยสถานการณ์หรือโรคที่ต้องเผชิญมีความรุนแรง ไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน 2) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (Event familiarity) หมายถึง ระดับของความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์นั้นๆ หรือการรับรู้เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นซ้ำและมีความคล้ายคลึงกัน บุคคลจะเกิดการรับรู้และให้ความหมายได้ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง 3) ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง (Event Congruence) หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างเหตุการณ์ที่คาดหวังและเหตุการณ์ที่เป็นจริงที่บุคคลประสบในการเจ็บป่วย ถ้าเหตุการณ์ทั้งสองไม่สอดคล้องกันจะทำให้บุคคลไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ เกิดความสงสัย บุคคลจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ส่งผลต่อระดับความรู้สึกไม่แน่นอน

เมื่อพิจารณาถึงสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลทุกรายและได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ภาพการณ์ดังกล่าวถือว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) ที่เข้าสู่การรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ โดยลักษณะของความเจ็บป่วยจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นเกิดขึ้นกะทันหัน ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถสร้างความชัดเจนและระบุความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ เกิดความคลุมเครือสงสัยในการตั้งครรภ์ของตนเองว่าจะสามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนดหรือไม่ กลัวทารกจะไม่ปลอดภัย รวมถึงอาการเจ็บครรภ์และการได้รับยาเพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดที่ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Symptom pattern) ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถแยกประเภทของความรู้สึกของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์และทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาของ มิเชล (Mishel, 1984) พบว่าความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด และการคุกคามโดยความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Mishel, 1984) ดังการศึกษาของ จูติมา ลือประเสริฐ (Lueprasert, 2003) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอด ดังนั้นถ้าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีระดับสูง จะทำให้ความรู้สึกไม่

แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงและทำให้เกิดความเครียดสูง (Braden, 1990a, 1990b cited in Mast, 1995: 13)

2. ความสามารถในการรู้คิด (Cognitive capacity) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูลต่อเหตุการณ์ เมื่อบุคคลมีความสามารถในการรู้คิดเพิ่มขึ้นก็จะสามารถแปลความหมายของข้อมูลได้ดีขึ้น ถ้าความสามารถในการรู้คิดมีจำกัดจะลดความสามารถในการรับรู้รูปแบบของอาการแสดง ซึ่งอายุเป็นแหล่งสนับสนุนภายในของสตรีตั้งครรภ์ที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะนอกเหนือจากความรู้ทางการศึกษา และสามารถบอกให้ทราบถึงระดับความสามารถในการรู้คิดเพื่อประเมินข้อมูลและการแปลความหมายต่อเหตุการณ์ จากการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอด พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความเครียด (Lueprasert, 2003; ปิยะเนตร กาญจนเจริญ, 2541) นอกจากนี้มิเชล (Mishel, 1981b cited in Mishel, 1984) ยังพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ถ้าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยจะมีระดับความเครียดและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก

3. แหล่งประโยชน์และสนับสนุน (Structure provider) หมายถึง แหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วยอธิบายรูปแบบของสิ่งกระตุ้น ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้ ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรง คือ สามารถอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ส่วนทางอ้อมจะช่วยให้บุคคลให้ความหมายของรูปแบบอาการแสดงได้ชัดเจน ก่อให้เกิดความคุ้นเคยและสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ระดับการศึกษา (Education) จะช่วยให้บุคคลเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ส่งผลให้สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ บุคคลจะใช้ความรู้หรือข้อมูลที่ตนมีอยู่ในการวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะใช้เวลาในการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นน้อยกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ จากการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสตรีที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเครียดในระดับต่ำ และไม่สามารถทำนายความเครียดได้ (Lueprasert, 2003; ปิยะเนตร กาญจนเจริญ, 2541) ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่เลือกระดับการศึกษาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ 2) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) สามารถป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยจะช่วยสนับสนุนการให้ความหมายเหตุการณ์ ทำให้เกิดความกระจ่างและชัดเจนต่อเหตุการณ์ ด้วยการพูดคุยปรึกษา การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กัน แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องลดความคลุมเครือของความเจ็บป่วยและช่วยให้เข้าใจความซับซ้อนของการรักษา ทำให้ความรู้สึก

ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง แรงสนับสนุนทางสังคมในที่นี้หมายถึง ครอบครัว ญาติ บุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์กับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (Primomo et al., 1990; Gupton et al., 1997; Lueprasert, 2003) 3) บุคลากรทางสุขภาพที่เชื่อถือ (Credible authority) ความเชื่อถือ ความไว้วางใจที่มีต่อทีมบุคลากรทางสุขภาพโดยแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบสิ่งกระตุ้น โดยการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การรักษาและอาการที่จะเกิดตามมาแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์ และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เป็นจริง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง

ซึ่งจะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อให้ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด แหล่งสนับสนุนที่สำคัญอีกแหล่งหนึ่งคือ การสนับสนุนจากพยาบาล จะช่วยสนับสนุนการให้ความหมายเหตุการณ์ ทำให้เกิดความกระจ่างและชัดเจนต่อเหตุการณ์ ช่วยเพิ่มความชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบของสิ่งกระตุ้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์ลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลง (Mishel, 1988) ดังนั้นถ้าสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลในระดับสูง จะช่วยเพิ่มความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับรูปแบบของอาการและอาการแสดงของการเกิดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง (Weiss & Harris, 2002)

เมื่อพิจารณาสถานการณ์เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทำให้สตรีตั้งครรภ์จะต้องประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กระบวนการตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของ มิเชล (Mast, 1995; Mishel, 1988, 2006 cited in Tomey & Alligood, 2006) ประกอบด้วย 1) การลงความเห็น (Inference) หมายถึง รูปแบบที่ใช้ประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยให้มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่ตนเคยประสบมาว่าเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ 2) การสร้างความเชื่อใหม่ (Illusion) หมายถึง การประเมินตัดสินในความเจ็บป่วย โดยการสร้างรูปแบบของความเชื่อใหม่ที่ชี้ให้เห็นถึงการสนับสนุนสถานการณ์ว่าเป็นไปในทางที่ดีหรือทางที่ตนต้องการเพื่อให้เกิดความหวัง และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าหรือห่างไกลจากเหตุการณ์ที่ถูกคุกคาม ปัจจัยที่มีผลต่อการลงความเห็นและการสร้างความเชื่อใหม่นั้นจะขึ้นอยู่กับ ลักษณะของบุคคล บุคลิกภาพ ความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อ ระดับสติปัญญา บริบทของเหตุการณ์นั้นๆ รวมทั้งแหล่งประโยชน์ทางสังคม และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมานี้จะมีผลต่อการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งให้ผลลัพธ์ 2 ด้านคือ 1) การประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย (Danger appraisal) เป็นผลมาจากการลงความเห็นทางด้านลบ เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา เป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ คุกคามความผาสุก มี

ทางเลือกจำกัดและไม่ปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ร้าย 2) การประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาส (Opportunity appraisal) เป็นผลจากการลงความเห็นว่าคุณรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นทางเลือกที่ให้โอกาสที่ดีแก่ตนเอง หรืออาจเป็นผลจากการสร้างความเชื่อใหม่ เพื่อให้เกิดความหวังและมีความมั่งคั่งในตนเอง มีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี ซึ่งสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมักถูกประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่อันตราย ไม่สามารถทำนายผลที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน และเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง ดังนั้นความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงถูกประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984: 85; Lazarus & Launier, 1978) บุคคลจึงใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับรู้ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังนี้ (Mast, 1995; Mishel, 1988, 2006 cited in Tomey & Alligood, 2006)

1. การเผชิญที่มุ่งแก้ไขปัญหา (Problem focus) เมื่อประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตราย (Danger appraisal) จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดและควบคุมอารมณ์ คือ 1) การปรับเปลี่ยน (Mobilizing) โดยการเผชิญปัญหาโดยตรง การหลีกเลี่ยงหรือหาข้อมูลทางสุขภาพ 2) การควบคุมอารมณ์ (affect control) โดยการสรีรวิทยา การปลดปล่อยและได้รับการสนับสนุนด้านการรับรู้

2. การเผชิญที่มุ่งเน้นอารมณ์ (Emotion focus) เมื่อประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาส (Opportunity appraisal) จะใช้วิธีการเผชิญที่เรียกว่า ตัวกลาง (buffer) เพื่อยับยั้งรูปแบบตัวกระตุ้นที่เข้ามาใหม่เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน โดยการหลีกเลี่ยง (avoidance) เลือกที่จะไม่สนใจ (selective ignoring) การปรับลำดับความสำคัญ (reordering priority) หรือไม่รับรู้ว่าเป็นปัญหา (neutralizing) ถ้ารูปแบบการเผชิญปัญหามีประสิทธิภาพก็จะสามารถนำไปสู่การปรับตัวได้

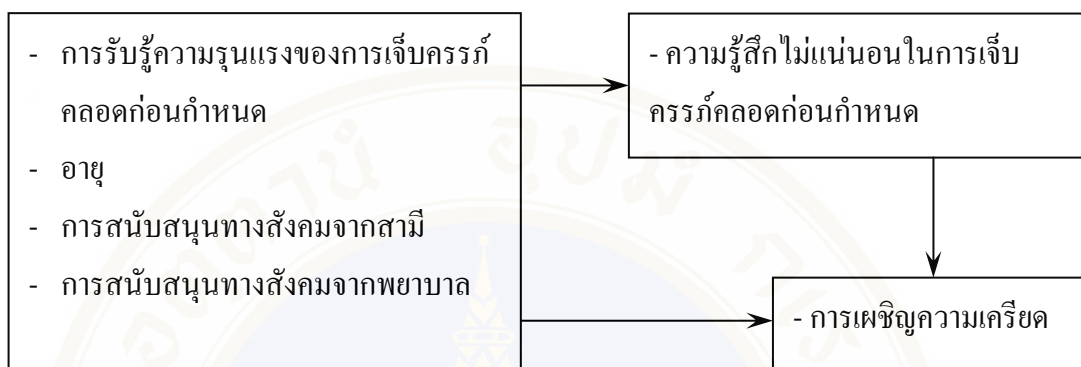
จากการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ภายใต้กรอบแนวคิดของลาซาลัสและโฟล์แมน เช่นเดียวกับแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1981, 1988) พบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดมี 3 ลักษณะดังนี้

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping behaviors) หมายถึงการมุ่งที่จะควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดี โดยพยายามหาวิธีต่าง ๆ ในการควบคุมปัญหาอาจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่

2. การจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping behaviors) หมายถึงการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจโดยที่สถานการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

3. การจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative or passive coping behaviors) หมายถึงการแก้ปัญหาโดยการควบคุมสถานการณ์และคิดหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหาโดยสถานการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

จากกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีดังกล่าว สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

คำถามในการวิจัย

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้หรือไม่อย่างไร
3. ปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลและความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถทำนายวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี และการ

สนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่อการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

2. ปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถทำนายการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถทำนายการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลกลาง วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2552 จำนวน 100 ราย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 เป็นแนวทางในการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

1.2 เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญ ในเรื่องอายุของสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

1.3 เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างสามีและสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดในขณะที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด และพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ถูกต้องอยู่บนพื้นฐานที่เป็นไปได้ และการสนับสนุนในการรักษา

2. ด้านการศึกษา เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนและการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

3. ด้านการศึกษาวิจัย เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

นิยามตัวแปร

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีผลกระทบหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง ทารกในครรภ์และครอบครัวมากน้อยเพียงใด ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรค ของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) และการทบทวนเอกสารงานวิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่าลิเกิตสเกล 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีผลกระทบหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง ทารกในครรภ์และครอบครัวมาก

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการคลอด ณ วันที่ทำการศึกษาโดยไม่คิดเศษของเดือน

การสนับสนุนทางสังคมจากสามี หมายถึง ความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์ต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือจากสามีขณะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พฤติกรรมการสนับสนุน

ประกอบด้วย พฤติกรรมการปฏิบัติ 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการกระทำ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงินหรือเวลา ประเมินโดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ของ กาญจนา บุญทับ (2534) ที่แปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนทางสังคม (Support Behavior inventory) ที่สร้างโดย บราวน์ (Brown, 1986) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ เป็นมาตรประเมินค่าลิเกิตสเกล 6 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุดให้ 6 คะแนน จนถึงไม่พึงพอใจมากที่สุดให้ 1 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีมาก

การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาลที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับจากบุคลากรการพยาบาล เป็นการให้การพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองทั้ง 3 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการดูแลด้านการให้ความช่วยเหลือเกื้อหนุน 2) พฤติกรรมการดูแลด้านพยาบาลที่ควรละเว้น และ 3) พฤติกรรมการดูแลด้านการช่วยเหลือในฐานะบุคคล ประเมินโดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของ ประนอม ภูศรีทอง (2536) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในห้องคลอด ที่พัฒนาเครื่องมือขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการดูแลของลาร์สัน (Larson, 1989) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่าลิเกิตสเกล 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เป็นจริงมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงเป็นจริงมากที่สุดมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลมาก

ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกลึกนึกคิดของสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มารับบริการโดยยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เมื่อไม่สามารถคาดการณ์หรือทำนายเหตุการณ์ในอนาคตว่าภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ที่เป็นอยู่จะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์อย่างไร ความรู้สึกไม่แน่นอนแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและการดูแล 3) ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ 4) ด้านไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel Uncertainty In Illness Scale: MUIS) ของ มิเชล (Mishel, 1990) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ (2533) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประเมินค่าลิเกิตสเกล 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริงที่สุดมีค่าเท่ากับ

1 คะแนน จนถึงจริงที่สุดมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูง

การเผชิญความเครียด หมายถึง ความคิดและพฤติกรรมหรือวิธีการที่สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการคลอด พยายามจะบรรเทา ควบคุม และกำจัดความเครียดในขณะที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งการใช้กลวิธีในการป้องกันตัวเพื่อให้สามารถกลับคืนสู่ภาวะสมดุลทางจิต ประเมินโดยแบบวัดการเผชิญความเครียดของ ปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) โดยอาศัยแนวคิดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive) 2) ด้านจัดการกับอารมณ์ (Emotive) และ 3) ด้านการบรรเทาความรู้สึก (Palliative) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่าลิเกิตสเกล 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ใช้เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงใช้เกือบทุกครั้งเท่ากับ 5 คะแนน คะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ด้านใดมาก แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก คะแนนรวมมากหมายถึงได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดมาก

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการเผชิญความเครียดของสตรีที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ตามลำดับดังนี้

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง การเจ็บครรภ์คลอดเมื่ออายุครรภ์ 20-37 สัปดาห์ (259 วัน) นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (last menstruation period) (WHO, 1997 cited in Cunningham, 2001) หรือในกรณีไม่ทราบอายุครรภ์ใช้เกณฑ์ทารกแรกเกิด น้ำหนัก 500 กรัมขึ้นไป (Shellhaas & Iams, 2002) แต่ในประเทศไทยถือว่าการเกิดมีชีพเริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 28-37 สัปดาห์ (ปัญญา พันบุรณะ & วินิต พัวประดิษฐ์, 2540) ถ้าต่ำกว่าเกณฑ์ดังกล่าวถือว่าเป็นการแท้ง (Abortion) เนื่องจากไม่สามารถใช้วิทยาการการรักษารักษาช่วยให้ทารกช่วงอายุครรภ์น้อยกว่านี้มีโอกาสรอดได้ โดยมีการหดตัวของมดลูกนาน 30 วินาที ทุก 10 นาที เป็นเวลานานกว่า 1 ชั่วโมง (Pillitteri, 1992: 398; Reeder, Matrin & Koniak, 1992: 949; จตุพล ศรีสมบูรณ์ และชนนทร์ วรารักษ์, 2537: 155)

สาเหตุที่แท้จริงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นยังไม่ทราบชัดเจน ซึ่งเช่นเดียวกับภาวะผิดปกติทางสูติศาสตร์อื่นๆ ที่มักไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง จากการศึกษาพบว่ามีองค์ประกอบหรือปัจจัยชักนำบางอย่างที่อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนดได้

คือ 1) ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด (history) เช่น มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด มีประวัติการแท้งและเป็นการแท้งในไตรมาสที่ 2 มากกว่าไตรมาสที่ 1 ประวัติการคลอดตั้งแต่ 5 ครั้ง 2) คุณลักษณะของมารดาและการดำเนินชีวิต (demographic and life-style practices) เช่น มีอายุน้อยกว่า 18 ปีหรือมากกว่า 35 ปี เศรษฐฐานะต่ำ ภาวะโภชนาการที่ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 4.5 กิโลกรัม การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเหล้า การใช้สารเสพติด การไม่ได้รับการดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ที่ดี มีน้ำหนักและส่วนสูงน้อย 3) ความเครียด (stress) มีความเครียดและวิตกกังวล มีการเดินทางไปทำงานที่ไกล 4) ปัจจัยที่เกี่ยวกับมดลูก เช่น การลดการไหลเวียนโลหิตที่มดลูก (decreased blood flow) เช่น ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (abruptio placenta) ภาวะรกเกาะต่ำ (placenta previa) เบาหวาน โรคไต โรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มอาการที่สตรีตั้งครรภ์มีความดันโลหิตสูงร่วมมีโปรตีนปัสสาวะ (preeclampsia) ภาวะที่มดลูกมีการยืดขยายมาก เช่น การตั้งครรภ์หลายครั้ง (multiple gestation) ครรภ์แฝดน้ำ (polyhydramnios) การได้รับบาดเจ็บบริเวณหน้าท้อง การผ่าตัดที่ตัวมดลูก ความผิดปกติของตัวมดลูก เช่น มดลูกสองแฉก (bicornuate uterus) มดลูกแฝดชนิดไม่สมบูรณ์ (didelphic uterus) การได้รับสารไดเอทิลstilbestrol (diethylstilbestrol: DES) ที่ทำให้เกิดความผิดปกติของตัวมดลูก ห่วงอนามัยค้างอยู่ในโพรงมดลูก ทารกพิการ หรือเสียชีวิตในครรภ์ เนื้อเยื่อปากมดลูกอ่อนนุ่มผิดปกติทำให้ปากมดลูกบางตัวและเปิดทั้ง ๆ ที่ไม่มีการหดตัวของมดลูก (incompetent cervix) มีการเปิดของปากมดลูกมากกว่า 2 เซนติเมตรเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ 5) การติดเชื้อ (infection) เช่น การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น กรวยไตอักเสบเฉียบพลัน (acute pyelonephritis) การติดเชื้อที่ช่องคลอด ตัวมดลูก ทารก น้ำคร่ำ เช่น การติดเชื้อที่ถุงน้ำคร่ำ (amniotic fluid infection) พบได้ร้อยละ 12.8 การติดเชื้อในโพรงมดลูกขณะตั้งครรภ์พบได้ร้อยละ 47 การติดเชื้อที่ปากมดลูกของเชื้อคลามีเดียแบคทีเรีย (chlamydia bacterial vaginosis) มีไข้ (Kulb, 1990; Cunningham, 2005; ชีระ ทองสง และชนนทร์ วนาภิรักษ์, 2541; จีรเนาว์ ทัศนีย์, 2545)

การประเมินและวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการประเมินและตรวจวินิจฉัยซึ่งมีแนวทางในการประเมินและวินิจฉัยดังนี้

1. ประวัติการเจ็บครรภ์ อาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาจพบว่ามีเพียงการหดตัวของมดลูกซึ่งมีอาการของการปวดร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ และอาจพบอาการอื่น ๆ เช่น ปวดถ่วงท้องน้อยคล้ายปวดประจำเดือน ปวดหน้าขมบริเวณเชิงกราน ปวดบริเวณบั้นเอว ปวดต้นขา ปวดหลัง อาการท้องเสีย อาจมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของมูกจากช่อง

คลอด เช่น ตกขาวมีเลือดปนหรือตกขาวใสมากกว่าปกติ เป็นต้น (Creasy & Resnik, 1989; Eganhouse & Burnside, 1992; Thompson, 1995: 207; Burroughs, 1997: 402)

2. การตรวจร่างกาย ตรวจดูการหดตัวของมดลูก มีการหดตัวของมดลูกอย่างน้อยทุก 10 นาที นาน 30 วินาทีหรือมากกว่าซึ่งต้องสังเกตนานอย่างน้อย 1 ชั่วโมง (Pilitteri, 1992: 398; Reeder et al., 1992: 949; จตุพล ศรีสมบุรณ์ & ชเนนทร์ วนารักษ์, 2537: 155) เพื่อความแน่นอนในการวินิจฉัยภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงนิยมพิจารณาการหดตัวของมดลูกร่วมกับสิ่งที่ตรวจพบดังต่อไปนี้ 1) ปากมดลูกเปิดมากกว่า 2 ซม. 2) ปากมดลูกบางตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป 3) มีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ (Herron et al., 1982)

3. การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (ultrasonography) การประเมินสถานะของปากมดลูกโดยการใช้คลื่นเสียงความถี่สูง มีวัตถุประสงค์เพื่อลดผลการตรวจที่อาจคลาดเคลื่อนจากการใช้นิ้วมือประเมินสภาพของปากมดลูกโดยการใช้เครื่องตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด ประเมินดูความยาวของคอมมดลูก (endocervical canal) จะพบว่าในรายที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการประเมินสภาพปากมดลูกจะมีการหดสั้นลงต่ำกว่า 3 เซนติเมตร และบางครั้งอาจมีการตรวจพบมีการโป่งของถุงน้ำเข้าในคอมมดลูก (Goldenberg, 2002; พญญ พันธ์บุรณะ และวินิต พัวประดิษฐ์, 2540)

แนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

การรักษาในทางการแพทย์ปัจจุบันเน้นที่การให้ยาเพื่อยับยั้งการหดตัวของมดลูก การพักผ่อน และการงดกิจกรรมบางอย่างที่กระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูกจนกว่าอายุครรภ์จะครบกำหนด (May & Mahlmeister, 1994: 730-734; Cunningham, 2005: 866-873; ชีระ ทองสง และชเนนทร์ วนารักษ์, 2541; ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2544; พญญ พันธ์บุรณะ, 2549: 30-54) ดังนี้

1. การดูแลให้ได้นอนพัก (bed rest) กว่า 30 ปีที่วิธีการนี้ได้ถูกใช้เพื่อดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีครรภ์แฝด และรกขวางทางคลอดร่วมด้วย โดยให้นอนพักในท่านอนตะแคงซ้าย ด้วยเหตุผลความเชื่อที่ว่าจะสามารถลดแรงกดของส่วนนำที่มีต่อปากมดลูกในกรณีที่มีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำเข้าสู่อุ้งเชิงกรานแล้ว (engage) ลดแรงกดต่อเส้นเลือดอินฟีเรียเวนาคาวา (Inferior Vena cava) เป็นการเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตไปที่มดลูก และเป็นการส่งเสริมการพักผ่อนของมารดา แม้ว่าจะไม่มีรายงานการวิจัยที่แน่ชัดถึงประโยชน์ของการให้นอนพักในทุกราย แต่ก็มีรายงานว่าการนอนพักเพียงอย่างเดียวสามารถทำให้การเจ็บครรภ์หายไปได้ ร้อยละ 20-48

2. การดูแลให้ได้สารน้ำทดแทน (hydration) ทางปากหรือทางหลอดเลือดดำ มีรายงานการศึกษาบ่งชี้ว่าการให้สารน้ำทดแทนสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ เนื่องจากจะช่วยยับยั้งฮอร์โมนแอนตี้ไคยูเรติก (antidiuretic hormone) ซึ่งมีผลทำให้ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อดลูก สารน้ำที่ให้ทดแทนทางหลอดเลือดดำควรเป็นประเภทที่มีสารประกอบเดียวกันกับสารน้ำในร่างกาย (physiologic solution) เช่น สารละลายริงเกอร์ (Ringer's lactate) ในอัตราไม่เกิน 100 ml/hr.

3. สังเกต และเฝ้าระวังการหดตัวของมดลูกทั้งความถี่ ความแรง และระยะเวลาของการหดตัว รวมทั้งการฟังเสียงการเต้นของหัวใจเด็ก

4. ดูแลให้ได้รับการตรวจภายในเพื่อประเมินสถานะของปากมดลูก ซึ่งไม่ควรกระตุ้นหรือตรวจบ่อยครั้ง

5. ดูแลให้ได้รับการตรวจหาสาเหตุของการเจ็บครรภ์ เช่น การเก็บปัสสาวะส่งตรวจ รวมทั้งการเพาะเชื้อ หรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ เช่น การทำ U/S เพื่อดูความพิการของทารก ประเมินอายุครรภ์ น้ำหนัก เพื่อประโยชน์ของการวางแผนการรักษาของแพทย์ การตรวจวิเคราะห์น้ำคร่ำ (amniocentesis) เพื่อดูความสมบูรณ์ของปอดทารก และหาร่องรอยของการติดเชื้อ หรือการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจนับเม็ดเลือด BUN และ Electrolyte เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งการตรวจต่าง ๆ เหล่านี้จะพิจารณาเป็นราย ๆ ไป

6. การให้ยาปฏิชีวนะในอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ หากมีการเจ็บครรภ์ให้เริ่มยากลุ่มเพนิซิลลิน (Penicillin) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ กรู๊ปบีเบต้าฮีโมไลติก (group B beta-hemolytic streptococcus) จนครบ 10 วัน (พญาส จันทรประภาพร สายฝน ชาวาลไพบุลย์และอนวัณน์ สุทัศน์ วิบุลย์, 2549:80) และให้ Penicillin G หรือ Ampicillin ทางเส้นเลือดทุก 6 ชั่วโมงจนคลอด ทั้งในรายที่ถุงน้ำคร่ำแตกและไม่แตกในรายที่มีอายุครรภ์มากกว่า 34 สัปดาห์หากถุงน้ำคร่ำแตกและไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดควรชักนำการคลอดด้วยออกซิโตซิน (Oxytocin) ทางเส้นเลือด สามารถให้คลอดทางช่องคลอดได้ และผ่าคลอดเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น ยังต้องให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ group B beta-hemolytic streptococcus หากถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก ควรเฝ้าติดตามดูการหดตัวของมดลูกและสุขภาพทารกในครรภ์เป็นระยะ

7. ดูแลให้ได้รับยาส่งเสริมการสร้างสารลดแรงตึงผิวปอด (lung surfactant) ในทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ เพื่อลดภาวะการหายใจลำบากเนื่องจากปอดไม่สมบูรณ์ (Respiratory distress syndrome: RDS) ได้แก่ ยาประเภทสเตียรอยด์ ยาที่ใช้คือ เดกซาเมทาโซน (Dexamethasone) ขนาด 12 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 24 ชั่วโมง หรือถ้าเป็นขนาด 6 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 4 ครั้ง ห่างกัน 12 ชั่วโมง ทั้งสองแบบนี้จะให้ทุก ๆ 7 วัน ครรภ์ที่คลอด

ใน 24 ชั่วโมงของการได้รับยาจะมีผลลด RDS และลดภาวะเลือดออกในช่องสมอง (ventricular hemorrhage)

8. การให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์ (Tocolytic agents) ซึ่งมีข้อพิจารณาสำหรับการให้ยา ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด (พงษ์ ประทุมนากุล, 2537; ธีระ ทองสง และชนนทร์ วนาภิรักษ์, 2541) ดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกรายจะต้องมีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 20 - 35 สัปดาห์ และ ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ < 2500 กรัม
2. ผู้ป่วยทุกรายจะต้องเจ็บครรภ์จริง โดยมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอทุก 10 นาที หรือถี่กว่านี้ ซึ่งตรวจได้โดยการจับหน้าท้องบริเวณมดลูกนาน 30 นาที
3. ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร
4. ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก
5. ผู้ป่วยจะต้องไม่มีข้อบ่งห้ามในการใช้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก เช่น โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้, โรคหัวใจ, ความดันโลหิตสูง, คอพอกเป็นพิษ, โรคตับรุนแรง, โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง
6. สตรีตั้งครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เช่น การตกเลือดก่อนคลอด (APH: placenta previa, abruptio placenta) ครรภ์แฝดน้ำ (Hydramnios) เชื้อหุ้มเด็กอักเสบ (Amnionitis) เป็นต้น
7. ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ทารกเสียชีวิตแล้ว ทารกพิการรุนแรงแต่กำเนิด (Hemoglobin Bart's hydrops fetalis) ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกมีภาวะยากลำบากในการหายใจ (Fetal distress) มีภาวะการไม่เข้ากันของหมู่เลือดในมารดากับทารก (Rh immunization)

ยาที่ใช้สำหรับยับยั้งการหดตัวของมดลูกเรียกว่า “Tocolytic agents” ซึ่งมีหลายกลุ่มที่นิยมใช้มากได้แก่ กลุ่ม บีต้าอะดรีเนอร์จิกเรเซพเตอร์อะโกนิสต์ (Beta-adrenergic receptor agonists) แมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium sulfate) แคลเซียมแชนเนลบล็อกกิงดรัก (Calcium channel blocking drugs) ซึ่งยาที่ใช้ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดนี้ มีวิธีการให้ที่แตกต่างกัน เช่น ชนิดให้ทางปาก ทางชั้นใต้ผิวหนังและทางหลอดเลือด ดังนี้

1. กลุ่ม Beta-adrenergic receptor agonists บีต้าซิมแพโทมิเมติกดรัก (Beta - sympathomimetic drugs) ได้แก่ ริโทดรีน (Ritodrine) โยโทปาร์ (Yutopar®) เทอร์บูทาลีน (Terbutaline) บรีคานิล (Bricanyl®) ซาลบูตามอล (Salbutamal) เว็นโทลีน (Ventolin®) เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้เป็นอนุพันธ์ของอีพิเนฟริน (Epinephrine) ใช้เพื่อเสริมฤทธิ์ บีต้าสองอะโกนิสต์ (beta-

2-agonist) ซึ่งพบมากในกล้ามเนื้อหลอด หลอดเลือด กระบังลม และหลอดลม แต่ก็ยังมีฤทธิ์ต่อ บีต้าหนึ่งอะดรีเนอร์จิกรีเซพเตอร์ (beta 1-adrenergic receptor) ด้วยเช่นกันซึ่งพบมากในหัวใจ ลำไส้ และไขมัน ซึ่งการตอบสนองของเนื้อเยื่อที่มีต่อ บีต้าอะดรีเนอร์จิกรีเซพเตอร์แอคทิวิตี (Beta-adrenergic receptor activity) ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้อยู่ 2 ชนิด

1.1 Terbutaline (Bricanyl®) 1 หลอด = 0.5 มิลลิกรัม (mg) 1 เม็ด = 2.5 mg การให้ทางหลอดเลือดดำ Terbutaline 5 mg/500ml fluid เริ่มด้วยอัตรา 10 ไมโครกรัมต่อนาที ($\mu\text{g}/\text{min}$) แล้วเพิ่มอีก 5 $\mu\text{g}/\text{min}$ ทุก 10 นาที ให้ได้สูงสุดไม่เกิน 25 $\mu\text{g}/\text{min}$ เมื่อมดลูกหยุดหดตัวดีแล้วให้ต่ออีก 2 ชั่วโมง แล้วเปลี่ยนเป็นยาฉีด ให้ 0.25 mg ฉีดเข้าใต้ผิวหนังทุก 4 ชั่วโมง นาน 24 ชั่วโมง จึงเปลี่ยนเป็นยากินให้ขนาด 2.5 mg ทุก 6 ชั่วโมงจนถึงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์

1.2 Ritrodrene (Yutopar®) 1 หลอด = 50 mg 1 เม็ด = 10 mg ผสม Ritrodrene 150 mg (3 amp) ใน LRS 500 ml จะได้ปริมาตร 0.3 mg/ml (300 $\mu\text{g}/\text{ml}$) หยดเข้าทางเส้นเลือดดำด้วยอัตรา 0.05-0.1 mg/min (100 $\mu\text{g}/\text{min}$, 20 dpm) และเพิ่มขึ้น 50 μg (10 dpm) ทุกๆ 10 นาที สูงสุดไม่เกิน 0.35 mg/min หรือจนกระทั่งไม่มีการหดตัวของมดลูกใน 10 นาที ให้นาน 10 ชั่วโมง แล้วเปลี่ยนเป็นยากิน 10 mg ทุก 2 ชั่วโมง นาน 24 ชั่วโมง (ควรให้ก่อนการหยุดให้ทาง I.V. 30 นาที) หลังจากนั้นให้ 10-20 mg ทุก 4 - 6 ชั่วโมง ไม่ควรเกิน 120 mg/day จนถึงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์

ผลข้างเคียงของยามีดังนี้คือ 1) ผลต่อระบบการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย (Metabolic side effects) ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hyperglycemia) ทำให้การควบคุมเบาหวานยากขึ้น ทารกมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นด้วย ทำให้หลังอินซูลิน (Insulin) มากขึ้น ถ้าทารกคลอดในขณะที่ให้ยา หรือภายใน 2 ชั่วโมงหลังจากหยุดยาจะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ได้ง่ายเนื่องจากระดับ Insulin ในเลือดยังสูงอยู่หลังคลอด ภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) เนื่องจากยาทำให้โปตัสเซียมเคลื่อนจากนอกเซลล์เข้าไปอยู่ในเซลล์ ภาวะเป็นกรดจากแลคติกและคีโตน (Lactic & ketoacidosis) 2) ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด หัวใจเต้นเร็วมาก ไม่เกิน 140 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำ เจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวายและปอดบวมน้ำ 3) ผลข้างเคียงอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ตัวสั่น มือสั่น มีไข้

2. Magnesium sulfate นอกจากใช้ในครรภ์เป็นพิษแล้ว ยังใช้ยับยั้งการเจ็บครรภ์ได้ออกฤทธิ์ต้านแคลเซียม (calcium) ทำให้มดลูกคลายตัว วิธีการบริหารยาเริ่มจากฉีดเข้าหลอดเลือดดำ 4-6 gm แล้วตามด้วยการหยดเข้าหลอดเลือดดำ ในอัตรา 2 gm/hr ปริมาณของยาจนไม่มีการหดตัวของมดลูก ขนาดของยาสูงสุดไม่เกิน 3.5 gm/hr ฝ้าตรวจติดตามผู้ป่วยเหมือนการให้ยาใน

ผู้ป่วยควรรับประทาน เมื่อไม่มีการหดตัวของมดลูกแล้ว จึงเปลี่ยนเป็นยาในกลุ่ม Beta-mimetic ชนิดรับประทาน

ผลข้างเคียงของยามีดังนี้คือ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ มีอาการร้อนวูบวาบ ความดันโลหิตต่ำเนื่องจากหลอดเลือดขยายตัว อาจเกิดการหายใจ และการทำงานของหัวใจได้ ถ้าให้ยาในขนาดสูง จึงต้องเฝ้าระวังพิษจากยา โดยดูจากอัตราการหายใจของหญิงตั้งครรภ์ ปริมาณปัสสาวะ และควรเจาะระดับแมกนีเซียมในซีรัมเป็นระยะ ๆ

3. Calcium channel blocking drugs ออกฤทธิ์ลดปริมาณของแคลเซียมภายในเซลล์ ทำให้มดลูกคลายตัว ยาในกลุ่มนี้ที่ใช้กันบ่อยที่สุดในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คือ นิเฟดิปีน (Nifedipine) โดยให้ทางปาก หรืออมใต้ลิ้นยานี้จะดูดซึมได้อย่างรวดเร็ว วิธีการใช้ให้ทางปาก ครั้งแรก 30 mg หลังจากนั้นให้ครั้งละ 20 mg ทุก 8 ชั่วโมงหรือให้โดยการอมใต้ลิ้นขนาด 10 mg จำนวน 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 20 นาทีหลังจากนั้นให้ 20 mg ทุก 4-6 ชั่วโมง

ผลข้างเคียงของยามีดังนี้คือ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น อาจเกิดความดันโลหิตต่ำชั่วคราว ปวดศีรษะ หน้าแดง คลื่นไส้และอาเจียน

ผลกระทบจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

สตรีตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่มักจะต้องได้รับการรับตัวเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ บุตรในครรภ์ ครอบครัวยุคและสังคม ดังนี้

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์

1. ด้านร่างกาย อาจได้รับผลกระทบต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ความไม่สุขสบายจากการหดตัวของมดลูก อาการข้างเคียงขณะได้รับยายับยั้งการคลอด เช่น ชีพจรเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียนและท้องเสีย (Dickason, et al., 1994: 549; Coster Schulz & Mackey, 1998)

1.2 การนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน จากการศึกษาพบว่าในรายที่นอนในโรงพยาบาลนานมากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไปอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและพยาธิสภาพจากการไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เช่น อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง น้ำหนักลด ภาวะก้อนเลือดอุดตันในเส้นเลือด กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง อาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก (heartburn) ภาวะกรดไหลย้อน (gastrointestinal reflux) (Maloni, 1993, 1998; Shroeder, 1996 cite Cunningham, 2001)

1.3 การนอนหลับ สตรีตั้งครรภ์จะถูกรบกวนการนอนโดยมีสาเหตุหลายประการได้แก่ การเจ็บครรภ์เนื่องจากการหดตัวของมดลูก การตรวจ การรักษาและกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ เช่น การบันทึกการหดตัวของมดลูก การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์

การติดเครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูกและสุขภาพทารกในครรภ์เป็นระยะเวลานานอย่างต่อเนื่องกันผลข้างเคียงจากการให้ยายับยั้งการคลอด เช่น อาการใจสั่น (Gupton et al., 1997)

1.4 การจับถ่าย สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำเป็นต้องถูกจำกัดกิจกรรมและให้นอนพักที่เตียงมากที่สุด ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์อาจต้องถ่ายอุจจาระและปัสสาวะที่เตียง เพื่อไม่ให้กระตุ้นการหดตัวของมดลูก สตรีตั้งครรภ์มักไม่เคยชินทำให้ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ (จิรเนาว์ ทศศรี, 2545) หรือสตรีตั้งครรภ์บางรายได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูก เช่น แมกนีเซียมซัลเฟต ทำให้ต้องคาสาสวนปัสสาวะไว้ เพื่อบันทึกและสังเกตลักษณะของปัสสาวะ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และชเนนทร์ วนาภิรักษ์, 2539)

1.5 การรับประทานอาหาร สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักไม่ชอบรับประทานอาหารและปฏิเสธการรับประทานอาหาร เนื่องจากความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งสตรีตั้งครรภ์อาจได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำแทนจนกว่าอาการเจ็บครรภ์จะดีขึ้นจึงสามารถรับประทานอาหารได้ (จิรเนาว์ ทศศรี, 2545)

2. ด้านจิตใจ คือ อารมณ์ไม่มั่นคง การรับรู้ลดลง หงุดหงิดง่าย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ความเครียดและวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยวและเบื่อหน่าย รู้สึกขัดแย้งในบทบาทของตนเองที่ต้องพึ่งพามนุษย์คนอื่น รู้สึกว่าตนเองสูญเสียอำนาจและรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง (Mercer & Ferketich, 1988; Clauson, 1996; Heamam & Gupton, 1997; Weiss et al., 2002) เนื่องจากกลัวเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและความรุนแรงเกี่ยวกับโรค กลัวว่าจะก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตหรือความพิการที่เกิดขึ้นแก่ตนเองและทารกในครรภ์ มีการคาดการณ์ไปในทางเลวร้าย กลัวการรักษาและการดูแลจากทีมสุขภาพ กลัวเกี่ยวกับการคลอดและการผ่าตัดคลอด ความรู้สึกไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล การแยกจากครอบครัวและบ้าน ส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ (Melender, 2002; Erickson et al., 2005; ศิริพร นัทรโพธิ์ทอง, 2536; ปิยะเนตร กาญจนเจริญ, 2541) ความกังวลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลัวผลของยาที่ใช้ในการรักษาต่อทารก (Mackey & Coster Schulz, 1992) และรู้สึกขัดแย้งในบทบาทของตนเองตามปกติกับบทบาทที่ต้องพึ่งพามนุษย์คนอื่น รู้สึกว่าตนเองสูญเสียอำนาจและรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง (ศิริพร นัทรโพธิ์ทอง, 2536; ปิยะเนตร กาญจนเจริญ, 2541)

ผลกระทบต่อทารก

เนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50 - 80 (จุติพร อิงคถาวรวงศ์, 2546: 27) ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของการเกิดทารกน้ำหนักน้อย และเป็นสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดได้ถึงร้อยละ 60 ของทารกคลอดก่อน

กำหนด (Goldenberg, 2002) ในสหรัฐอเมริกาการคลอดก่อนกำหนดพบได้ประมาณร้อยละ 6.8 - 11 (Cunningham, 2001) และในปี ค.ศ. 2003 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.3 (AJOG, 2007: 219) ส่วนในประเทศไทยปีงบประมาณ 2544-2546 พบว่าเป็นร้อยละ 13.35, 10.38, 10.76 ตามลำดับ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของทารกปรกติ (กองสถิติกระทรวงสาธารณสุข, 2547) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกันไปตามแต่ละกลุ่มประชากร เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบร้อยละ 9 - 10 (ธีระพงษ์ เจริญวิทย์, 2548) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบได้ร้อยละ 12 (ธีระ ทองสง และชนนทร์ วนาภิรักษ์, 2541) โรงพยาบาลรามธิบดีพบร้อยละ 7.1 (พัญญ พันธ์บุรณะ, 2549) ส่วนในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครปี 2549 เช่น โรงพยาบาลกลางพบได้ร้อยละ 10.68 โรงพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลพบได้ร้อยละ 14.30 โรงพยาบาลตากสินพบได้ร้อยละ 5.02 และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์พบได้ร้อยละ 10.01

การคลอดก่อนกำหนดก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของทารกภายหลังคลอด จากการที่ทารกมีน้ำหนักน้อยวัยต่าง ๆ ในร่างกายเจริญไม่เต็มที่และไม่พร้อมที่จะทำงานจึงเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้อย่างมาก โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ อันได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก ภาวะหยุดหายใจ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทอันได้แก่ ภาวะอุณหภูมิต่ำหรือสูงไป ภาวะพิษออกซิเจนต่อตา ภาวะบิลิรูบินคั่งในสมอง ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดอันได้แก่ Patent ductus arteriosus และภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหารและลำไส้อันได้แก่ Necrotizing enterocolitis (Mandeville & Trioano, 1992: 58; Fuch, et al., 1993: 465-475; นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545) และพบว่าทารกก็มีปัญหาในระยะยาวคือ การเรียนรู้ช้า ตาพิการ ปัญญาอ่อนและปัญหาด้านภาวะอารมณ์ของทารก (Blackman, 1991 cited in Eganhouse, 1994: 756; นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจที่สำคัญในการดูแลรักษา โดยในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยรายละ 10,000 ดอลลาร์สหรัฐ (Wiknjosastro, 1998)

ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม

เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์โดยทั่วไปจะต้องมีการปรับบทบาทการเป็นมารดา ตั้งแต่เริ่มรับรู้การตั้งครรภ์ ซึ่งการจะเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์นั้น สตรีตั้งครรภ์จะต้องทำพัฒนาการของการตั้งครรภ์ (Tasks of pregnancy) ให้สำเร็จ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามหรือรู้สึกเป็นอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก สตรีตั้งครรภ์จะรู้สึกเครียดและต้องปรับตัว (Rubin cited by Loos & Julius, 1989: 51) รวมทั้งได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ อารมณ์และสังคมมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ เป็นเหตุทำให้มีความยากลำบากในการทำพัฒนาการของการตั้งครรภ์ให้สำเร็จ ซึ่งจะมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ และการปรับบทบาทการเป็นมารดา

(Mercer, 1988; ศิริพร ฉัตรโพธิ์ทอง, 2536) ในส่วนของคู่สมรสเอง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวลและความเครียด เมื่อรู้ว่าภรรยาตนเองมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Hsieh et al., 2006) และทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างสามีลดลง (May, 1993; Maloni & Ponder, 1997; Maloni & Kutil, 2000) ในรายที่นอนโรงพยาบาลนาน สตรีตั้งครรภ์ต้องหยุดงานหรือออกจากงานทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์บางรายจะต้องจ้างพี่เลี้ยงบุตรหรือไปฝากเลี้ยงตามสถานที่รับเลี้ยงเด็ก รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 820 ล้านดอลลาร์ต่อปี (Nicholson, Frick, & Power, 2000) เป็นเหตุให้สามีต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของครอบครัว ส่งผลทำให้เกิดความเครียดในครอบครัวขึ้น (Coster Schulz & Mackey, 1998)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยา ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 87-92) ได้ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ที่มีบทบาทในการประเมินตัดสินใจ และการเผชิญความเครียดของบุคคล เพราะความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ทำให้ยากต่อการประเมินตัดสินใจว่าอันตราย ความไม่แน่นอนและความคลุมเครือของเหตุการณ์จึงเป็นภาวะที่คุกคามต่อบุคคล (Hilton, 1989: 41) นอร์ตัน (Norton 1975 cited in Mishel, 1981: 259) สรุปว่าเมื่อเหตุการณ์ถูกประเมินว่าเป็นความไม่แน่นอน จะประกอบด้วยมิติใดมิติหนึ่งใน 8 มิติดังต่อไปนี้คือ 1) ความไม่เฉพาะเจาะจง (Vagueness) 2) ขาดความชัดเจน (Lack of clarify) 3) คลุมเครือ (Ambiguity) 4) ไม่สามารถทำนายได้ (Unpredictability) 5) ไม่สม่ำเสมอ (Inconsistency) 6) มีความน่าจะเป็น (Probability) 7) มีหลายความหมาย (Multiple meaning) 8) ขาดข้อมูล (Lack of information)

มิเชล (Mishel, 1981) ได้พัฒนาทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จากแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญปัญหาของ ลาซารัสและโฟล์คแมน โดยนำกรอบทฤษฎีนี้มาอธิบายให้เฉพาะเจาะจงกับความเจ็บป่วย โดยให้ความหมายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ภาวะการรับรู้ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจการให้ความหมายหรือคุณค่า ไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ เนื่องจากขาดตัวชี้นำหรือสิ่งที่สามารถบ่งบอกได้อย่างเพียงพอ (Mishel, 1981: 258, 1988: 225, 1990: 256) ภาวะนี้บุคคลจะรับรู้อย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Hilton, 1989 cited in Mishel, 1981) มิเชล

อธิบายว่า เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจการให้ความหมายหรือคุณค่า ไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ เนื่องจากขาดตัวชี้หน้าที่เพียงพอ ขาดข้อมูล การอธิบายที่ไม่ชัดเจน การวินิจฉัยที่ไม่ครบถ้วน ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้น การกลับเป็นซ้ำของโรค (Mishel, 1981: 258-263, 1988: 225-232, 1990: 256-262) จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) 2) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) 3) การได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิม (Inconsistency of the information) 4) ความไม่สามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ (Unpredictability) ซึ่งรูปแบบของสิ่งกระตุ้นความสามารถในการรู้คิด และแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ เป็นปัจจัยแหล่งข้อมูลที่บุคคลใช้ในการแปลความหมายเหตุการณ์เจ็บป่วย ที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน (Mishel, 1988: 225-231; Mast, 1995: 3-21) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านรูปแบบของสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) หมายถึงรูปแบบหรือโครงสร้างของสิ่งกระตุ้นที่บุคคลรับรู้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) รูปแบบของอาการแสดง (Symptom pattern) หมายถึง ระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องสม่ำเสมอของอาการแสดง ที่บุคคลเกิดการรับรู้และให้ความหมาย ซึ่งประเมินได้จากความรุนแรงของอาการ ความถี่ของการเกิดอาการ จำนวนครั้งที่เกิด ตำแหน่งและระยะเวลาที่เกิดความเจ็บป่วย โดยสถานการณ์หรือโรคที่ต้องเผชิญมีความรุนแรง ไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 2) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (Event familiarity) หมายถึง ระดับของความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์นั้น ๆ หรือการรับรู้เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นซ้ำมีความคล้ายคลึงกัน บุคคลจะเกิดการรับรู้และให้ความหมายได้ จะส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง 3) ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง (Event Congruence) หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างเหตุการณ์ที่คาดหวังและเหตุการณ์ที่เป็นจริงที่บุคคลประสบในการเจ็บป่วย ถ้าเหตุการณ์ทั้งสองไม่สอดคล้องกันจะทำให้บุคคลไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ เกิดความสงสัย บุคคลจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ ส่งผลต่อระดับความรู้สึกไม่แน่นอน

2. ความสามารถในการรู้คิด (Cognitive capacity) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูลต่อเหตุการณ์ เมื่อบุคคลมีความสามารถในการรู้คิดเพิ่มขึ้นก็จะสามารถแปลความหมายของข้อมูลได้ดีขึ้น ถ้าความสามารถในการรู้คิดมีจำกัดจะลดความสามารถในการรับรู้รูปแบบของอาการแสดง

3. แหล่งประโยชน์และสนับสนุน (Structure provider) หมายถึง แหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วยอธิบายรูปแบบของสิ่งกระตุ้น ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรง คือ สามารถอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ส่วนทางอ้อมจะช่วยให้บุคคลให้ความหมายของรูปแบบอาการแสดงได้ชัดเจน ก่อให้เกิดความคุ้นเคยและสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ระดับการศึกษา (Education) จะช่วยให้บุคคลเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ส่งผลให้สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ บุคคลจะใช้ความรู้หรือข้อมูลที่ตนมีอยู่ในการวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะใช้เวลาในการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นน้อยกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ 2) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) สามารถป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยจะช่วยสนับสนุนการให้ความหมายเหตุการณ์ ทำให้เกิดความกระจ่างและชัดเจนต่อเหตุการณ์ ด้วยการพูดคุยปรึกษา การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กัน แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ลดความคลุมเครือของความเจ็บป่วยและช่วยให้เข้าใจความซับซ้อนของการรักษา ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง แรงสนับสนุนทางสังคมในที่นี้หมายถึง ครอบครัว ญาติ บุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน 3) บุคลากรทางสุขภาพที่เชื่อถือ (Credible authority) ความเชื่อถือ ความไว้วางใจที่มีต่อทีมบุคลากรทางสุขภาพโดยแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบสิ่งกระตุ้น โดยการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การรักษาและอาการที่จะเกิดตามมาแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์ และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เป็นจริง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง

การประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mast, 1995; Mishel, 1988, 2006 cited in Tomey & Alligood, 2006) กระบวนการตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของมิเชล ประกอบด้วย 1) การลงความเห็น (Inference) หมายถึง รูปแบบที่ใช้ประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยให้มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่ตนเคยประสบว่าเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ 2) การสร้างความเชื่อใหม่ (Illusion) หมายถึง การประเมินตัดสินในความเจ็บป่วย โดยการสร้างรูปแบบของความเชื่อใหม่ที่ชี้ให้เห็นถึงการสนับสนุนสถานการณ์ว่าเป็นไปในทางที่ดีหรือทางที่ตนต้องการเพื่อให้เกิดความหวัง และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าหรือห่างไกลจากเหตุการณ์ที่ถูกคุกคาม ปัจจัยที่มีผลต่อการลงความเห็นและการสร้างความเชื่อใหม่นั้นจะขึ้นอยู่กับ ลักษณะของบุคคล บุคลิกภาพ ความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อ ระดับสติปัญญา บริบทของเหตุการณ์นั้นๆ รวมทั้งแหล่งประโยชน์ทางสังคม และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมานี้

จะมีผลต่อการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งให้ผลลัพธ์ 2 ด้าน คือ 1) การประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย (Danger appraisal) เป็นผลมาจากการลงความเห็นทางด้านลบ เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา เป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ คุณค่าความผาสุก มีทางเลือกจำกัด และไม่ปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ร้าย 2) การประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาส (Opportunity appraisal) เป็นผลจากการลงความเห็นว่าคุณค่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นทางเลือกที่ให้โอกาสที่ดีแก่ตนเอง หรืออาจเป็นผลจากการสร้างความเชื่อใหม่ เพื่อให้เกิดความหวัง และค่าคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี ซึ่งสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมักถูกประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่อันตราย ไม่สามารถทำนายผลที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน และเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง ดังนั้นความไม่แน่นอนจึงถูกประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984: 85; Lazarus & Launier, 1978) บุคคลจึงใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับรู้ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังนี้ (Mast, 1995; Mishel, 1988, 2006 cited in Tomey & Alligood, 2006)

1. การเผชิญที่มุ่งแก้ไขปัญหา (Problem focus) เมื่อประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตราย (Danger appraisal) จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดและควบคุมอารมณ์ คือ 1) การปรับเปลี่ยน (Mobilizing) โดยการเผชิญปัญหาโดยตรง การหลีกเลี่ยงหรือหาข้อมูลทางสุขภาพ 2) การควบคุมอารมณ์ (affect control) โดยการสรีรวิทยา การปลดปล่อยและได้รับการสนับสนุนด้านการรับรู้

2. การเผชิญที่มุ่งเน้นอารมณ์ (Emotion focus) เมื่อประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาส (Opportunity appraisal) จะใช้วิธีการเผชิญที่เรียกว่า ตัวกลาง (buffer) เพื่อยับยั้งรูปแบบตัวกระตุ้นที่เข้ามาใหม่เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน โดยการหลีกเลี่ยง (avoidance) เลือกที่จะไม่สนใจ (selective ignoring) การปรับลำดับความสำคัญ (reordering priority) หรือไม่รับรู้ว่าเป็นปัญหา (neutralizing) ถ้ารูปแบบการเผชิญปัญหามีประสิทธิภาพก็จะสามารถนำไปสู่การปรับตัวได้

ผลกระทบจากความรู้สึกไม่แน่นอน

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นภาวะการรับรู้ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจในการให้ความหมายหรือคุณค่า ไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ เนื่องจากขาดตัวชี้แนะหรือสิ่งที่สามารถบ่งบอกได้อย่างเพียงพอเหมาะสม (Mishel, 1981, 1988) จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด มักมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Taylor-Piliae & Molassiotis, 2001) เกิดความเครียดและวิตก

กังวลทั้งในสตรีตั้งครรภ์เองและครอบครัว (Wong & Bramwell, 1992) ทำให้นอนไม่หลับ (Bonnema et al., 1998) และมีภาวะสุขภาพทรุดโทรม (Daly, 2000) เกิดความทุกข์ใจ (Webster & Christman, 1988) ลดอำนาจในการควบคุมตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าอันตราย (Mishel, 1988) ลดระดับความสามารถในการเรียนรู้ (Braden, 1990) และความหวังในการหายจากโรคลดลง (Weiss et al., 2002) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะรบกวนการทำงานของกระบวนการรู้คิด ขัดขวางการประเมินตัดสินต่อเหตุการณ์ ทำให้บุคคลมีความยากลำบากและมีข้อจำกัดในการเผชิญความเครียดและการปรับตัว (Mishel, 1988)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

การที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด โดยลักษณะของความเจ็บป่วยจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นเกิดขึ้นกะทันหัน ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถสร้างความชัดเจนและระบุมความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ เกิดความคลุมเครือสงสัยในการตั้งครรภ์ของตนเองว่าจะสามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนดหรือไม่ กลัวทารกจะไม่ปลอดภัย รวมถึงอาการเจ็บครรภ์และการได้รับยาเพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดที่ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถแยกประเภทของความรู้สึกของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์และทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ จึงอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย ซึ่งปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ในด้านปัจจัยสิ่งกระตุ้นได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในด้านความสามารถในการรู้คิดได้แก่ อายุ ส่วนในด้านแหล่งประโยชน์และสนับสนุนได้แก่ การสนับสนุนจากสามี และการสนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะเป็นแหล่งข้อมูลที่บุคคลใช้ในการแปลความหมายเหตุการณ์เจ็บป่วย ที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนได้ ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ภาวะการดังกล่าวถือว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) ที่เข้าสู่การรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ โดยกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัสและความจำ (King, 1981) สิ่งเร้าที่มากระตุ้นและความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งนั้น (Roy, 1991) การใช้ประสบการณ์เดิม (กันยา สุวรรณแสง, 2536) โดย

ลักษณะของความเจ็บป่วยจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นเกิดขึ้นกะทันหัน ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถสร้างความชัดเจนและระบุความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ รวมถึงอาการเจ็บครรภ์และการได้รับยาเพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดที่ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Symptom pattern) ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถแยกประเภทของความรู้สึกของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์และทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ (Event Congruence) ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น (Mishel, 1988; Braden, 1990a, 1990b cited in Mast, 1995: 13; Christman, 1990) จากแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลว่าโรคที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เช่น ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต และมีความยากลำบากหรือต้องใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน รวมถึงผลกระทบที่มีผลต่อบทบาททางสังคม จากการศึกษาวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่เป็นการคาดการณ์ถึงระดับของผลกระทบหรืออันตรายต่อตนเอง ทารกในครรภ์และครอบครัว ดังนั้นคือ ความไม่สุขสบายจากการหดตัวของมดลูก หรืออาการข้างเคียงขณะได้รับยาเพื่อยับยั้งการคลอด (Dickson et al., 1994: 549; Coster Schulz & Mackey, 1998) และผลจากกระบวนการรักษา เช่น อารมณ์ไม่มั่นคง การรับรู้ลดลง สูญเสียการควบคุมตนเอง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ กลัวบุตรจะไม่แข็งแรงสมบูรณ์ ความเครียดและวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยวและเบื่อหน่าย รู้สึกขัดแย้งในบทบาทของตนเองที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองสูญเสียอำนาจและรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง (Mercer & Ferketich, 1988; Clauson, 1996; Heamam & Gupton, 1997; Weiss, Saks, & Harris, 2002) ในรายที่นอนโรงพยาบาลนาน สตรีตั้งครรภ์ต้องหยุดงานหรือออกจากงานทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากสตรีตั้งครรภ์บางรายจะต้องจ้างพี่เลี้ยงบุตรหรือไปฝากเลี้ยงตามสถานที่รับเลี้ยงเด็ก รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามีต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของครอบครัว ส่งผลทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว (Coster Schulz & Mackey, 1998) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยอาศัยแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพในส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรค ของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ใช้ในการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดและอยู่ระหว่างการทำนายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้น จึงเป็นการคาดการณ์ถึงระดับของผลกระทบหรืออันตรายจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อสตรีตั้งครรภ์

บุตรในครรภ์และครอบครัว จากการศึกษารายงานวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง ดังนี้

กัฟตัน ฮีร์แมนและชาง (Gupton, Heaman & Cheung, 2001) ศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์จำนวน 105 ราย และในสตรีตั้งครรภ์ปกติจำนวน 103 ราย พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์โดยรวมและผลลัพธ์จากการตั้งครรภ์เสี่ยงมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะปกติ ($t = 9.154, p < .001$) และพบว่าความวิตกกังวลและปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะเสี่ยง ($r = .21, r = .23$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยง กับความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม และพบว่าปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ ความวิตกกังวลและระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลสามารถทำนายการรับรู้ภาวะเสี่ยงได้ร้อยละ 19 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Heaman, Beaton, Gupton & Sloan (Gupton et al., 2001) ในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 75 ราย ที่พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยทางชีวภาพ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวภาพกับความวิตกกังวล

จูติมา ลือประเสริฐ (Lueprasert, 2003) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอด จำนวน 120 ราย พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 38.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอด ($r = .328, p < .01$) และสามารถทำนายความเครียดได้ร้อยละ 10.3 ($p < .01$) จากการศึกษาของ มิเชล (Mishel, 1984) พบว่าการคุกคามโดยความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอน ($r = .328, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ คลาสัน (Clauson, 1996) ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 58 ราย สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับน้อยถึงปานกลางมากที่สุดร้อยละ 86 และพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความเครียด หลังจากการเข้ารับการรักษา 24 ชั่วโมงและก่อนกลับบ้าน ($r = .73, r = .71$) ถ้าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีระดับสูงจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้น (Braden, 1990a, 1990b cited in Mast, 1995: 13) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่มีระดับสูงในสตรีตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยตัวกระตุ้นภายในที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการรู้คิด หรือความสามารถในการแปลความหมายต่อสถานการณ์ (Mishel, 1988)

อายุ เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจการให้ความหมายหรือคุณค่า ไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้และไม่สามารถ

ทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ เนื่องจากขาดตัวชี้หน้าที่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อายุเป็นแหล่งสนับสนุนภายในของสตรีตั้งครรภ์ที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะนอกเหนือจากความรู้ทางการศึกษา และสามารถบอกให้ทราบถึงระดับความสามารถในการรู้คิดเพื่อประเมินข้อมูลและการแปลความหมายต่อเหตุการณ์ จากการศึกษาของ โมนาฮาน และดีโจเซฟ (Monahan & De Joseph, 1991 อ้างใน ชลดา จันทร์ขาว, 2541: 28-29) ในสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 33 ราย พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ คลาซัน (Clauson, 1996) ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 58 ราย ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -.18, p > .05$) และการศึกษาของ ปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขณะเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอด จำนวน 150 ราย ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = .23, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลูติมา ลือประเสริฐ (Lueprasert, 2003) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอด จำนวน 120 ราย ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = .246, p < .01$) และสามารถทำนายความเครียดได้ร้อยละ 5.5 เนื่องจากบุคคลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การเกิดความเครียดหรือลดความเครียดของบุคคลแตกต่างกันไปตามระดับการพัฒนาการ ในแต่ละวัยจะมีเทคนิคในการเผชิญโดยใช้แหล่งประโยชน์และวิธีการที่ต่างกัน ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากจะมีระดับความเครียดน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย เนื่องจากอายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์ในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตและมีประสบการณ์แก้ไขปัญหา ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้มีวุฒิภาวะสูงขึ้น (Anderson, 1980 อ้างใน ปิยะเนตร กาญจนเจริญ, 2541: 38)

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการช่วยให้บุคคลและครอบครัวเข้าสู่การเปลี่ยนผ่าน สามารถจัดการกับความเครียดในชีวิต และช่วยส่งเสริมสุขภาพ (House, 1981: 13-40) การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับความช่วยเหลือระดับประคองจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมของตน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอได้รับการดูแลเอาใจใส่และช่วยเหลือจากสามีและญาติ จะช่วยลดความเครียด ทำให้สามารถควบคุมตนเองและแก้ปัญหาได้ตรงจุด ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจ นำไปสู่การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม และยังสามารถถ่ายทอดความรักความอบอุ่นเหล่านี้ไปสู่ทารกในครรภ์ได้ (Mercer, 1986; Holmes & Margiera, 1987) แต่ในขณะเดียวกัน สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความช่วยเหลือจากสามีและญาติน้อย หรือมีปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับสามี พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความวิตกกังวลจะเพิ่มสูงขึ้น (May & Malhmeister, 1990) นอกจากการ

ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมแล้ว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพราะการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้าน อาจได้จากแหล่งสนับสนุนที่แตกต่างกัน เพื่อช่วยส่งเสริมและให้การพยาบาลแก่สตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ซึ่งจากแนวคิดของมิเชล (Mishel, 1988) กล่าวว่าไว้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ที่สำคัญได้แก่ ครอบครัว ญาติ และบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์และสนับสนุน (Structure provider) ที่เป็นปัจจัยแหล่งข้อมูลที่บุคคลใช้ในการแปลความหมายเหตุการณ์เจ็บป่วย ที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน นอกจากนี้บุคลากรทางสุขภาพที่เชื่อถือ (Credible authority) สามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบสิ่งกระตุ้น โดยการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การรักษาและอาการที่จะเกิดตามมาแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์ และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เป็นจริง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง

การสนับสนุนทางสังคมจากสามี

เนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงร่างกาย จิตใจและสังคม โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดความเจ็บป่วยขึ้นขณะตั้งครรภ์ เช่น สตรีตั้งครรภ์เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งในขณะตั้งครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญจะมาจากมารดาของสตรีตั้งครรภ์เอง และสามี (Brow, 1986; Lueprasert, 2003; กาญจนา บุญทับ, 2534) การสนับสนุนทางสังคมจากสามีจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เนื่องจากสามารถป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยจะช่วยสนับสนุนการให้ความหมายเหตุการณ์ ทำให้เกิดความกระจ่างและชัดเจนต่อเหตุการณ์ ด้วยการพูดคุยปรึกษา การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กัน แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ลดความคลุมเครือของความเจ็บป่วยและช่วยให้เข้าใจความซับซ้อนของการรักษา ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง แรงสนับสนุนทางสังคมในที่นี้หมายถึง ครอบครัว ญาติ บุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน (Mishel, 1981, 1988)

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า การให้ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟังปัญหา มีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ให้การรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) การให้คำแนะนำ ให้ข้อชี้แนะ

แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการด้วย ซึ่งครอบคลุมถึงความต้องการการสนับสนุนของสตรีขณะตั้งครรภ์ ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิต ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้มีจิตใจ อารมณ์ที่มั่นคง สามารถต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ได้ดี ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) มีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) การที่สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคม ต้องก้าวเข้าสู่อีกบทบาทหนึ่ง คือ บทบาทของการเป็นมารดา อาจทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองได้เต็มที่ไม่ว่าจะเป็นบทบาทในครอบครัว อาชีพการงาน นอกจากนี้บางรายอาจจะเกิดความขัดแย้งในบทบาท (Gilbert & Harmon, 1998) สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพจิตของสตรีตั้งครรภ์ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ มีความเครียดและวิตกกังวล และความไม่แน่นอนของผลลัพธ์จากการตั้งครรภ์ ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดจึงต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่ การระบายความรู้สึกคับข้องใจ ความกลัว หรือความวิตกกังวลต่าง ๆ ต้องการความเห็นอกเห็นใจจากคู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจอารมณ์ ทำให้รู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น สามารถเผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดีและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป จากอบสัน (Jacobsen, 1986) เชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมที่มีประโยชน์มากที่สุดในการที่มีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเกิดขึ้น คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แคปแลน (Caplan, 1974) พบว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นตัวช่วยลดความเครียด ซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อปัญหา มีการปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความผาสุกทางด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ (ราตรีเที่ยงจิตต์, 2534, พรณี ภู่นประดับ, 2538 ; Mercer, 1988)

2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (appraisal support) เป็นการช่วยเหลือจากบุคคลต่างๆ ที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจในเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยการให้ข้อมูล

ป้อนกลับด้วยคำพูด เช่น การแสดงความเห็นหรือชื่นชมในการปฏิบัติกิจกรรมหรือหน้าที่ภายในครอบครัว ให้การยอมรับในการกระทำของสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่ต้องการของสังคม ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง หรือเป็นการดูแลตนเองในด้านสุขภาพทำให้มีความหวังที่จะดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ไลเบอร์แมน (Lieberman, 1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และได้รับการยอมรับจากคู่สมรส จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ และมีความรู้สึกว่าคุณค่า มีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรณี นุ่นประดับ (2538) และอรัญ ธรรมกันมา (2540) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินจากคู่สมรส เป็นการเสริมแรงและคอยกระตุ้นให้มีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจในตนเองมากขึ้น สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้ดี

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการได้รับข้อมูลข้อแนะนำให้คำปรึกษา เพื่อนำไปแก้ปัญหของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดที่เผชิญอยู่ การที่สตรีตั้งครรภ์เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต้องเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวลหรือความรู้สึกไม่แน่นอนจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หรือจากการตรวจวินิจฉัยต่างๆ อาจเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย แต่ถ้าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการให้คำแนะนำหรือหาข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ คอยอธิบายหรือชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์จะส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจ และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้มีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดี ครอว์ฟอร์ด (Crowford, 1987) กล่าวว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารจะเป็นแรงสนับสนุนให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้น โดยพยายามแก้ไขปัญหา และช่วยให้บุคคลพร้อมที่จะปรับตัว เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ราตรี เทียงจิตต์ (2534) และ พรณี นุ่นประดับ (2538) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ทำให้มีความเข้าใจในสถานการณ์เจ็บป่วยได้ชัดเจนขึ้น ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ดี

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการช่วยเหลือด้านการจัดหาเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ แรงงาน บริการ รวมทั้งการให้เวลากับสตรีตั้งครรภ์ตามความต้องการ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาจไม่สามารถแสดงบทบาท

ต่อครอบครัวหรืออาชีพการงานของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ เกิดข้อจำกัดในการทำงานเพิ่มขึ้น รายได้อาจจะลดลง ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์จึงต้องการความช่วยเหลือในด้านการเงิน การแบ่งเบาภาระงานบ้าน จัดหาวัสดุสิ่งของเครื่องใช้ หรือเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมภายในครอบครัว จากการศึกษาของ ราตรี เทียงจิตต์ (2534) และจุฑาทิพย์ ชื้อสัดย์ (2537) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านการกิจประจำวัน ด้านวัสดุเงินทอง เวลาและแรงงาน ทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้ดี

จากการศึกษารายงานวิจัยในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความเครียดและความสมดุลทางอารมณ์ ดังนี้

บาร์บีรา (1981 cite by Heaman, 1992: 25) ศึกษาบทบาทของแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 86 ราย พบว่าความต้องการการสนับสนุนและเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล แต่พบว่าความพึงพอใจเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ผลรวมของแหล่งสนับสนุนเป็นตัวกลางที่มีผลต่อภาวะเครียดและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 4

นอร์เบคและไทเดิน (Norbeck & Tilden, 1983 อ้างใน จูติมา ลือประเสริฐ, 2546: 30) ศึกษาผลกระทบของภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคมและความสมดุลของอารมณ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ จำนวน 117 ราย พบว่าภาวะเครียดที่มีระดับสูงและการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความไม่สมดุลของอารมณ์ที่มีระดับสูง แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและการสนับสนุนทางสังคม

เมอร์เซอร์ และเฟอร์เคทิช (Mercer & Ferketich, 1988) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจำนวน 153 รายและสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ จำนวน 218 ราย ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้ามากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนาย ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้ร้อยละ 26.63 และในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่ำได้ร้อยละ 31.93

มิเชลและบราเดน (Mishel & Braden, 1997 cited in Mishel, 1988: 288) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอน

ในความเจ็บป่วยต่ำ แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยแก้ไขการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 3 ลักษณะได้แก่ ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล ความไม่สามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในทางอ้อม คือ ช่วยเพิ่มความชัดเจนของรูปแบบอาการอาการแสดง และเมื่อความรู้สึกในความเจ็บป่วยลดลง จะส่งผลให้บุคคลมีการปรับจิตสังคมได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แพทเทอสัน ฟรีช และ โกลเดนเบิร์ก (Patterson, Fresse & Glodenbreg, 1976 cited in Mishel, 1988: 288) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีโอกาสได้ปรึกษาเครือข่ายทางสังคมและเป็นผู้ที่สำคัญของสตรีตั้งครรภ์จะช่วยป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

เคมพ์และแฮทมาเกอร์ (Kemp & Hatmaker, 1989: 334) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงสูง จำนวน 19 ราย และสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ จำนวน 20 ราย ในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบว่าระดับ norepinephrine มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ($r = -.51, p < .02$) ในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ พบว่าระดับ Epinephrine มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ norepinephrine ($r = .42, p < .03$) อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความวิตกกังวล ($r = -.43, p < .03$) และความพึงพอใจกับการสนับสนุนจากสามี ($r = -.59, p < .006$)

ฟอร์ดและฮอดเด็ต (Ford & Hoddett, 1990: 44) ศึกษาการรับรู้ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ จำนวน 27 โรงพยาบาล พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวแต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเครียดและการปรับตัว และพบว่าการสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล สามารถทำนายการปรับตัวโดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 17

ฮีร์แมน (Heaman, 1992: 30-32) ศึกษาสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและความไม่สมดุลทางอารมณ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และไม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความไม่สมดุลทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความไม่สมดุลทางอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกลางที่มีความสำคัญต่อความเครียดจากความไม่สมดุลทางอารมณ์

ลูตีมา ลือประเสริฐ (Lueprasert, 2003) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอด จำนวน 120 ราย ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ($r = .319, p < .01$) และสามารถทำนายความเครียดได้ร้อยละ

9.4 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรโมโมและคณะ (Primomo et al., 1990) ที่พบว่า การสนับสนุนจากสามีมีความสำคัญมากที่สุด ในสตรีที่เป็นโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ กัฟตันและคณะ (Gufton et al., 1997) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ และด้านทรัพย์สินเงินทอง จากสามี เพื่อน เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ สามารถลดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

พลทรัพย์ ลาภเจียม (Lapchem, 2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความกลัวการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเสี่ยงสูง จำนวน 150 ราย ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -.31, p < .01$) โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างต่ำ ($\bar{x} = 106.85, SD = 42.77$) คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์สูงกว่าค่าเฉลี่ย ($\bar{x} = 91.61, SD = 10.21$) และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 9.3

กรองแก้ว ราษฎร์ดี (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 85 ราย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -.251, p < .05$) โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานมีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมค่อนข้างสูง ($\bar{x} = 38.69, SD = 8.95$) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 78.01, SD = 9.45$)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล

เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด แหล่งสนับสนุนที่สำคัญอีกแหล่งหนึ่งคือ การสนับสนุนจากพยาบาล จะช่วยสนับสนุนการให้ความหมายเหตุการณ์ ทำให้เกิดความกระจ่างและชัดเจนต่อเหตุการณ์ ช่วยเพิ่มความชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบของสิ่งกระตุ้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์ลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลง (Mishel, 1988) ดังนั้นถ้าสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลในระดับสูง จะช่วยเพิ่มความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับรูปแบบของอาการ และอาการแสดงของการเกิดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง (Weiss & Harris, 2002)

การดูแล (caring) เป็นแก่นหรือสาระทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างกว้างขวาง ซึ่งแนวคิดนี้เริ่มมีมาตั้งแต่ในยุคของฟลอเรนซ์ไนติงเกล

(Florence Nightingale) ถึงแม้ว่าไม่ได้นิยามความหมายของการดูแลไว้ แต่ระบุและอธิบายกิจกรรมการดูแลไว้ในรูปของการจัดให้มีความสะดวก ได้รับอากาศบริสุทธิ์ อาหารดี การพักผ่อนและการออกกำลังกาย โดยสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่พยาบาลจัดขึ้นเพื่อให้บุคคลมีชีวิตที่ดี และอยู่ในสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ (พวงรัตน์ บุญญานรัตน์, 2531: 4-6) กริฟฟิน (Griffin, 1983: 289-295) นักปรัชญา กล่าวถึงการดูแลทางการพยาบาลว่ามียุคประกอบที่สำคัญ 2 ประการคือ กิจกรรมการพยาบาล และเจตนคติกับความรู้สึที่สอดแทรกอยู่ในกิจกรรมการพยาบาลนั้น กิจกรรมการพยาบาลที่ถือว่าเป็นการดูแลจะต้องกระทำด้วยความรู้สึกและเจตนคติที่ดี ในการจัดกิจกรรมการดูแลนั้นจะจัดตามการรับรู้ของพยาบาล และความต้องการของผู้ป่วยในช่วงเวลาหนึ่งๆ โดยพยาบาลให้การช่วยเหลืออย่างมีคุณธรรม และการช่วยเหลือนี้เป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อให้เข้าถึงสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยได้ เลอninger (Leininger, 1981: 9) นักทฤษฎีทางการพยาบาล เป็นบุคคลแรกที่ริเริ่มศาสตร์การดูแลทางการพยาบาล โดยสร้างทฤษฎีการดูแลให้ชื่อว่า “Transcultural Theory of Nursing” โดยอธิบายว่า การดูแลเป็นกิจกรรมของการช่วยเหลือ (Assistive) การสนับสนุน (Supportive) และการอำนวยความสะดวก (Facilitative) ที่ให้แก่บุคคลและกลุ่มบุคคลตามความต้องการ เพื่อสร้างหรือปรับปรุงการดำรงชีวิต และให้คำอธิบายการพยาบาลเชิงวิชาชีพว่า เป็นการเรียนรู้ในการช่วยเหลือบุคคลรอบครัว และชุมชนให้ได้รับบริการเฉพาะตน และเฉพาะวัฒนธรรม เพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ ซึ่งภาวะสุขภาพที่พอใจทั้งในส่วนของ การดำรงชีวิตอยู่หรือในการตาย ซึ่งการช่วยเหลือนี้คือกระบวนการทางเทคนิค และรูปแบบของการดูแล อันเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการสามารถบอกได้ว่าเป็นอย่างไร และสิ่งเหล่านี้คือสาระสำคัญของศาสตร์ทางการพยาบาลอันเป็นอิสระและความเฉพาะในปฏิบัติการพยาบาล ที่แตกต่างจากพยาบาลที่เน้นในส่วนการให้บริการโดยทั่วไปหรือตามหน้าที่ การดูแลจึงเป็นแก่นแท้ของวิชาชีพทางการพยาบาล ที่เน้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติในระดับลึกถึงมิติของจิตใจและจิตวิญญาณ

ลาร์สัน (Larson, 1986: 86-91) ศึกษาแนวคิดการดูแลทางการพยาบาลอีกรูปแบบหนึ่ง โดยศึกษาพฤติกรรมพยาบาลที่ระบุเป็นพฤติกรรมการดูแลจากความคิดเห็นของผู้รับบริการหลายกลุ่มที่รับการรักษาในโรงพยาบาลและพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ จากการศึกษาสรุปได้ว่าปฏิบัติการเชิงวิชาชีพนั้นประกอบด้วยมิติทางการพยาบาล 3 มิติ คือ การดูแล (care) การรักษา (cure) และการประสานงาน (coordination) โดยมีการดูแลเป็นแก่นหรือสาระสำคัญ (core) ในการพยาบาล และการพยาบาลจะเป็นการดูแลได้ก็ต้องมีการแสดงออกของพยาบาล ที่ผู้รับบริการรับรู้หรือรู้สึกว่าได้รับการดูแล (feeling care for) ซึ่งหมายถึงว่าผู้รับบริการได้รับความผาสุก (well being) และความปลอดภัย (safety) ตามแนวคิดของลาร์สัน เชื่อว่าการพยาบาลที่เป็นการดูแลจะเป็นปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดร่วมกับกระบวนการรักษา (Therapeutic intervention) ผ่านกระบวนการ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ และพยาบาลจะต้องแสดงพฤติกรรมการดูแลที่ทำให้ผู้รับบริการรับรู้ว่าได้รับการดูแล ผู้รับบริการจะประเมินการดูแลที่ได้รับว่าตรงกับความต้องการของตนหรือไม่ กิจกรรมการพยาบาลที่แสดงออกถึงปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการดูแล ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 6 หมวดดังต่อไปนี้ 1) ความพร้อมของพยาบาล 2) การให้คำแนะนำหรือการสอน และอำนวยความสะดวก 3) การสร้างความสุขสบาย 4) การพยากรณ์เหตุการณ์ 5) การสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ การเฝ้าระวัง และ 6) การควบคุมการปฏิบัติงานในเชิงวิชาชีพการให้การช่วยเหลือเกื้อกูล ด้านการพยาบาลที่ควรละเว้น ด้านการให้ความช่วยเหลือในฐานะบุคคล และได้แบ่งการประเมินพฤติกรรมดูแลของพยาบาลออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการให้การช่วยเหลือเกื้อกูล 2) ด้านการพยาบาลที่ควรละเว้น 3) ด้านการให้ความช่วยเหลือในฐานะบุคคล (ประนอม ภูศรีทอง, 2536)

การสนับสนุนจากพยาบาล ได้ยึดแนวคิดทฤษฎีการดูแลและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะในแง่ของการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตสังคม การสนับสนุนเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือเพื่อให้บุคคล บรรลุจุดมุ่งหมายหรือความต้องการของตนในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะมีทั้งการสนับสนุนที่จับต้องได้ (Tangible support) ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงินหรือร่างกาย และการสนับสนุนที่จับต้องไม่ได้ (Intangible support) ได้แก่ การสนับสนุนโดยการให้ความอบอุ่น ความรัก กำลังใจ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Pender, 1987)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ตามแนวคิดของลาร์สัน (Larson, 1989) ที่สร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมดูแลจากกิจกรรมพยาบาล โดยมีแนวคิดพฤติกรรมดูแลเป็นปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ ที่สอดคล้องอยู่ในกิจกรรมการพยาบาลทุกๆกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นการพยาบาลเพื่อการรักษาเยียวยาการติดต่อสื่อสาร และผู้ป่วยสามารถรับรู้พฤติกรรมดูแลได้จากปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล ตามระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล (Interaction) ในประเทศไทย ประนอม ภูศรีทอง (2536) ได้สร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมดูแลจากพยาบาลในห้องคลอดขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของลาร์สัน (Larson, 1989) ประกอบไปด้วยพฤติกรรมดูแล 3 ด้าน ได้แก่

1) พฤติกรรมดูแลด้านการให้ความช่วยเหลือเกื้อหนุน เป็นแบบวัดพฤติกรรมให้การดูแลในเรื่องความสุขสบาย การให้ข้อมูล การตรวจสอบและเฝ้าระวัง และการใช้ทักษะเชิงวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ในด้านการสนับสนุนทางด้านสิ่งของและบริการ และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร

2) พฤติกรรมการดูแลด้านพยาบาลที่ควรละเว้น ซึ่งจัดว่าไม่ใช่พฤติกรรมการดูแล และเป็นสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ การไม่ตระหนักถึงความต้องการของผู้คลอด ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้คลอด ไม่รับฟังความคิดเห็น หรือให้บริการที่ไม่คำนึงถึงความเป็นบุคคล ให้การดูแลที่ไม่สม่ำเสมอ และการปฏิบัติกรพยาบาลที่แสดงถึงความไม่ใส่ใจและขาดทักษะ ซึ่งสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ในด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

3) พฤติกรรมการดูแลด้านการช่วยเหลือในฐานะบุคคล เป็นการวัดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลในการสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการในฐานะบุคคล และการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ในด้านการได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินและเปรียบเทียบ

จากการศึกษารายงานวิจัยในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกและความต้องการการดูแลและสนับสนุนจากพยาบาล ดังนี้

ไลเนมและมิลเลอร์ (Lynam & Miller, 1992: 126-136) ศึกษาถึงความแตกต่างของการรับรู้ความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและพยาบาล โดยการศึกษาย้อนหลัง (retrospective) ในสตรีหลังคลอด 14 ราย พยาบาล 25 ราย ตอบแบบสอบถามความต้องการในขณะที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 56 ข้อ พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความต้องการระหว่างสตรีตั้งครรภ์และพยาบาล แต่เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่ามีความแตกต่างของการรับรู้ความต้องการของสตรีตั้งครรภ์และพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ความต้องการได้รับการยืนยันถึงภาวะสุขภาพของทารก ต้องการได้รับข้อมูลว่าทารกจะทนต่อขบวนการคลอดได้อย่างไร ซึ่งสตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่าการเหล่านี้สำคัญกว่าที่พยาบาลรับรู้สำหรับความต้องการที่สตรีตั้งครรภ์รับรู้เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยความต้องการมากไปหาน้อยดังนี้ การถามคำถามและได้รับคำตอบที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ยืนยันผลลัพธ์ ต้องการได้รับคำอธิบายที่ใช้ภาษาง่าย ๆ ของสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การรักษาและผลข้างเคียงของยา ต้องการทราบเหตุผลของการเฝ้าประเินทารกในครรภ์ ต้องการทราบถึงวิธีการหายใจระหว่างมีการหดตัวของมดลูก ข้อมูลเกี่ยวกับอาการก่อนคลอด ความรู้สึกที่อาจมีขณะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต้องการมีโอกาสดูแลเกี่ยวกับการพยาบาลและการตรวจต่าง ๆ ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้โดยไม่ต้องถาม และจากการสัมภาษณ์พบว่าสตรีตั้งครรภ์ต้องการถามว่าทำไมถึงปฏิบัติเช่นนั้น และต้องการทราบในเรื่องต่อไปนีที่ไม่ได้รับการบอกจากพยาบาล เช่น การให้ยาเพื่ออะไร จะช่วยได้อย่างไร ให้ยาเป็นเวลานานเท่าใดและหยุดให้ยาเมื่อใด

กัฟตันและฮีร์แมน (Gupton & Heaman, 1994) ศึกษาความต้องการการเรียนรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 34 ราย จำนวน 18 ข้อ พบว่าเรื่องที่สตรีตั้งครรภ์ต้องการเรียนรู้จากลำดับแรกไปถึงลำดับที่ 18 ดังนี้ 1) ผลต่อทารกจากการคลอดก่อนกำหนด 2) ปัญหาของทารกคลอดก่อนกำหนด 3) การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้าน 4) การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกคลอดก่อนกำหนด 5) อาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 6) การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดขณะอยู่โรงพยาบาล 7) การรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 8) อาหารและการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 9) การพักผ่อนและการผ่อนคลายเพื่อช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 10) หน่วยดูแลทารกในภาวะวิกฤติเป็นอย่างไร 11) การเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตเพื่อลดความเสี่ยง 12) ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 13) ความรู้สึกเมื่อมีการหดรัดตัวของมดลูก 14) เมื่อมีการหดรัดตัวของมดลูกจะบอกใครอย่างไร 15) การลดความเครียด 16) ผลการคลอดก่อนกำหนดต่อมารดา 17) ประสบการณ์และความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 18) กำจำกัดความของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

แมกเคนและดีทริก (McCain & Deatric, 1994: 118 - 124) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและคลอดก่อนกำหนด จำนวน 12 ราย อายุ 21 - 36 ปี โดยการสัมภาษณ์ย้อนหลัง ในวันที่ 10 หลังคลอดก่อนกำหนด พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สตรีตั้งครรภ์รู้สึกไม่มั่นคง เนื่องจากไม่แน่ใจต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ คิดว่าผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตราย ในระยะนี้สตรีตั้งครรภ์จะแสวงหาการดูแลจากแพทย์ และข้อมูลเพื่อทราบถึงสาเหตุ การวินิจฉัยที่ยืนยันให้แน่ใจ ซึ่งเป็นกลวิธีที่สตรีตั้งครรภ์ใช้จัดการกับความรู้สึกไม่มั่นคง ระยะที่ 2 สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เมื่ออาการแย่ลงและถูกจำกัดกิจกรรมเช่น การอยู่โรงพยาบาล การนอนพัก อาการผิดปกติทางกายที่เกิดขึ้น และการได้รับยาเพื่อรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในระยะนี้สตรีตั้งครรภ์ต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลแต่พยาบาลมักสนใจปัญหาทางการแพทย์มากกว่าการสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ ระยะที่ 3 สตรีตั้งครรภ์รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เมื่อการคลอดใกล้เข้ามา สตรีตั้งครรภ์ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสรอดของทารก และการรักษาที่ทารกจะได้รับ ผู้วิจัยสรุปว่าการทราบถึงปฏิกิริยาตอบสนองของสตรีตั้งครรภ์จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและให้การดูแลสนับสนุนได้ถูกต้อง ทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถจัดการกับเหตุการณ์ได้

กัฟตัน และคณะ (Gupton et al., 1997) ศึกษาความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 24 ราย พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิด

ความเครียดได้แก่ 1) สถานการณ์ คือ การสูญเสียบทบาท การขาดการควบคุม ความไม่แน่นอน การยืนยันภาวะสุขภาพของทารก ความอ่อนเพลีย ความผาสุก 2) สิ่งแวดล้อม 3) ครอบครัว และพบว่านอกจากการสนับสนุนทางสังคม จากสามี เพื่อนแล้ว การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ สามารถลดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ชลดา จันท์ขาว (2541) ศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 64 ราย พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลระดับปานกลางและมีความต้องการข้อมูลมาก ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของ ทศมา โรจนประดิษฐ์ (2541) ศึกษาผลการสนับสนุนและให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจในการพยาบาลของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 50 ราย พบว่ามีคะแนนความวิตกกังวลเมื่อ 24 - 36 ชั่วโมงของการเข้ารับการรักษาในห้องคลอดน้อยกว่าภายใน 12 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในห้องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการดูแลที่สอดคล้องกับกิจกรรมต่าง ๆ ที่พยาบาลปฏิบัติต่อสตรีตั้งครรภ์ในขณะที่ได้รับยาขับยั้งการคลอด โดยการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การรักษา และอาการที่จะเกิดขึ้นตามมาแก่สตรีตั้งครรภ์ การดูแลความปลอดภัยของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และการดูแลความไม่สุขสบายขณะได้รับยาขับยั้งการคลอด รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม และการประทับประคองด้านจิตใจ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุดอีกแห่งหนึ่ง ที่สามารถช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับองค์ประกอบของสิ่งกระตุ้น ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง จากการศึกษาของ ชทาต (Stark, 2006) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีความต้องการการดูแลมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการดูแลของลาร์สันเป็นแนวทางในการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด โดยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์สังคม

บทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด มักมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อนิสัยสตรีตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความเครียดและวิตกกังวลทั้งในสตรีตั้งครรภ์เองและครอบครัว ดังนั้นการพยาบาลที่สำคัญ

ในการดูแลสตรีที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้น ควรมีการดูแลสตรีตั้งครรภ์ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ดังนี้ (ธีระ ทองสง และชนนทร์ วนาภิรักษ์, 2541; จีรเนาว์ ทศศิริ, 2545)

1. การซักประวัติอาการและอาการแสดง ตรวจร่างกาย และประเมินปัจจัยเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่แรกเริ่ม
2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาขับยั้งการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงขณะได้รับยา
3. ประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์โดยใช้เครื่องบันทึกลักษณะการเต้นของหัวใจทารก และลักษณะการหดตัวของมดลูกเมื่อได้รับยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก
4. ให้ออกซิเจนแก่ทารก ชีพจร อัตราการหายใจและวัดความดันโลหิต เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
5. ดูแลความสบายทั่วไป ได้แก่ เช็ดตัวเมื่อมีเหงื่อออก ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เมื่อมีมูกเลือดปน หรือหลังการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ
6. ดูแลให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการพักผ่อน โดยจัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
7. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอด โดยให้การต้อนรับด้วยหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส แนะนำตัว ให้ความเป็นกันเอง ชวนพูดคุยด้วยวาจาสุภาพ น้ำเสียงนุ่มนวล
8. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้ซักถามข้อสงสัย ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจถึงเหตุผลและวิธีการเตรียมร่างกายเพื่อคลอด การตรวจรักษา การปฏิบัติการพยาบาลก่อนลงมือกระทำ เพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ
9. อยู่เป็นเพื่อนและให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด รับฟังการระบายความรู้สึก ประเมินความต้องการ และความวิตกกังวลขณะได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด และสิ่งแวดล้อมจากการสังเกตพฤติกรรม ซักถามหรือจากการบอกเล่า แสดงความเข้าใจและเห็นใจด้วยการสัมผัสและยอมรับพฤติกรรมแสดงออกของสตรีตั้งครรภ์ ให้กำลังใจ ปลอบโยนแก่สตรีตั้งครรภ์ขณะได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ไม่แสดงท่าทางหรือคำพูดที่แสดงความเบื่อหน่าย
10. ปฏิบัติต่อสตรีตั้งครรภ์อย่างนุ่มนวล ด้วยท่าทางมั่นใจ ให้เกียรติ และเคารพในความเป็นบุคคล หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ หรือพูดคุยด้วยท่าทางเป็นความลับต่อสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความรู้สึกไม่แน่นอน และความวิตกกังวลได้
11. เป็นตัวกลางติดต่อสื่อสารระหว่างผู้คลอดกับสามีและญาติพี่น้อง ที่รออยู่นำห้องคลอด แจ้งความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ และบอกอาการทั่วไปของผู้คลอดและทารกเมื่อคลอด

12. การให้ข้อมูลและคำแนะนำ เป็นการเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาวิจัยหลายการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถสรุปแนวทางการให้ข้อมูลหลัก ๆ ดังนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การพยาบาล เหตุผลของการใช้ยา รวมทั้งฤทธิ์ และอาการข้างเคียงของยา เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมารดา และทารกในครรภ์ความรุนแรงของโรค ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการปฏิบัติตัวที่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ กฏระเบียบและบุคลากรของโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ (ทศมาโรจนประดิษฐ์, 2541)

การเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

การเผชิญความเครียด (coping) หมายถึง ความพยายามด้านความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลใช้จัดการกับความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งสามารถจัดการได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984: 85-95, 1988: 2-3) เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจการให้ความหมายหรือคุณค่า ไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ เนื่องจากขาดตัวชี้หน้าที่เพียงพอ (Mishel, 1981: 258-263, 1988: 225-232, 1990: 256-262) จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น มิเชล กล่าวว่า การเผชิญปัญหาเพื่อลดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมี 2 รูปแบบ (Mast, 1995; Mishel, 1988, 2006 cited in Tomey & Alligood, 2006) ดังนี้

1. การเผชิญที่มุ่งแก้ไขปัญหา (problem focus) เมื่อประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตราย (Danger appraisal) จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดและควบคุมอารมณ์ คือ 1) การปรับเปลี่ยน (Mobilizing) โดยการเผชิญปัญหาโดยตรง การหลีกเลี่ยงหรือหาข้อมูลทางสุขภาพ 2) การควบคุมอารมณ์ (affect control) โดยการศรัทธา การปลดปล่อยและได้รับการสนับสนุนด้านการรับรู้

2. การเผชิญที่มุ่งเน้นอารมณ์ (emotion focus) เมื่อประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาส (Opportunity appraisal) จะใช้วิธีการเผชิญที่เรียกว่า ตัวกลาง (buffer) เพื่อยับยั้งรูปแบบตัวกระตุ้นที่เข้ามาใหม่เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน โดยการหลีกเลี่ยง (avoidance) เลือกละทิ้ง (selective ignoring) การปรับลำดับความสำคัญ (reordering priority) หรือไม่รับรู้ว่าเป็นปัญหา (neutralizing) ถ้ารูปแบบการเผชิญปัญหามีประสิทธิภาพก็จะสามารถนำไปสู่การปรับตัวได้

การเผชิญความเครียดแต่ละครั้ง บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันออกไปซึ่งสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมักถูกประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอันตรายไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนและเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนจึงจัดว่าเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984: 85; Lazarus & Launier, 1978) บุคคลจึงใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอนดังนี้ (Folkman & Lazarus, 1985 cited in Mishel & Sorenson, 1993)

1. การเผชิญที่มุ่งเน้นอารมณ์ (Emotional focus coping) เป็นวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งประกอบด้วยการหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Avoidance coping) การกล่าวโทษตนเอง (Blamed- self coping) การคิดอย่างมีความหวัง (Wishful- thinking coping)

2. การเผชิญที่มุ่งจัดการกับปัญหา (Problem focus coping) เป็นวิธีการที่ใช้เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งประกอบไปด้วยการเผชิญปัญหาโดยตรง (Direct action) การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Seek social support coping) และได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Tangible aid from another person)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ วิธีการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดนั้น ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ภายใต้กรอบแนวคิดของลาซาลัสและโฟล์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) เช่นเดียวกับแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1981, 1988) พบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดมี 3 ลักษณะดังนี้

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping behaviors) หมายถึงการมุ่งที่จะควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดี โดยพยายามหาวิธีต่าง ๆ ในการควบคุมปัญหาอาจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่

2. การจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping behaviors) หมายถึงการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจโดยที่สถานการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

3. การจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative or passive coping behaviors) หมายถึงการแก้ปัญหาโดยการควบคุมสถานการณ์และคิดหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหาโดยสถานการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงและสตรีวัยเจริญพันธุ์ ดังนี้

บุษกร ประภาพรสุข (Prapapornsuk, 2001) ศึกษาในสตรีที่มีบุตรยาก จำนวน 180 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดในระดับกลาง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ไขปัญหามากที่สุด รองลงมาคือด้านบรรเทาปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์ เนื่องจากสตรีที่มีบุตรยากนี้ได้รับการวินิจฉัยที่แน่นอนและไม่ได้มีภาวะเจ็บป่วย ในการมารับการรักษาภาวะมีบุตรยากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ดังนั้นสตรีมีบุตรยากจึงเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา นะรมรัมย์ (Naromrum, 2003) ในสตรีตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 110 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 89.30$, $SD = 15.50$) และใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหามากที่สุด รองลงมาคือด้านบรรเทาปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้นเนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ทราบการวินิจฉัยที่แน่นอนแล้วเพียงรอการผ่าตัดทางหน้าท้องเท่านั้น ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์พยายามรวบรวมปัญหาและค้นคว้าข้อมูลเพื่อจะแก้ไขให้ถูกวิธี ดังนั้นจึงทำให้สตรีตั้งครรภ์ตัดสินใจและปฏิบัติต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

พรรณี ฐั้นประดับ (2538) ศึกษาในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงจำนวน 200 ราย ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเผชิญความเครียด โดยอาศัยแนวคิดของลาซาลัส พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวมค่อนข้างสูง ($\bar{x} = 88.03$, $SD = 9.6$) โดยใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านการแก้ไขปัญหามากกว่าร้อยละ 80 ($\bar{x} = 41.93$, $SD = 6.67$) สตรีตั้งครรภ์มีการแก้ไขปัญหาก็เหมาะสมในเรื่องการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ

เบญจวรรณ เอกะสิงห์ (2541) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตและโรคเบาหวานจำนวน 60 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยรวมค่อนข้างสูง ($\bar{x} = 129.35$, $SD = 5.41$, $Skewness = -.42$) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีความต้องการที่จะบรรเทาหรือลดความเครียดที่เผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์แสวงหาหนทางหรือวิถีทางทุก ๆ ด้านโดยเมื่อใช้วิธีเหล่านั้นจะมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ ขจัด บรรเทา หรือลดความเครียด สตรีตั้งครรภ์จะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันไป โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ไขปัญหามากที่สุด รองลงมาคือด้านการบรรเทาปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์ สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะพยายามควบคุมตนเองไม่ให้เกิดความเครียดจึงพยายามแสวงหาข้อมูลเพื่อกำหนดขอบเขตสถานการณ์ที่ตนกำลังเผชิญ และมีความพยายามควบคุมให้ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จำนวน 150 รายพบว่าสตรีตั้งครรภ์ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

($\bar{x} = 105.56$, $SD = 18.54$, $Skewness = -.39$) โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ไขปัญหาและด้านการบรรเทาความเครียดค่อนข้างสูง ($\bar{x} = 42.85$ และ 41.69 , $SD = 7.85$ และ 7.84 ส่วนด้านการจัดการกับอารมณ์ค่อนข้างต่ำ ($\bar{x} = 21.02$, $SD = 5.48$) แสดงให้เห็นว่าสตรีตั้งครรภ์ใช้วิธีการเผชิญความเครียดหลาย ๆ วิธีแต่ไม่ใช้ความพยายามในระดับสูงที่สุดอาจเป็นเพราะสตรีตั้งครรภ์มีการประเมินสถานการณ์ที่ต้องเผชิญขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อให้เกิดความเครียดน้อย และประเมินว่าก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเองและบุตรในครรภ์ ประกอบกับสตรีตั้งครรภ์เป็นผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งมีวุฒิภาวะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมที่สมบูรณ์มีศักยภาพสามารถรับรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล มีการปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้

อรพิน เกตุแก้ว (2541) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 100 ราย ใช้แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดการเผชิญความเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.87$, $SD = 0.21$) โดยใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านการใช้กระบวนการทางความคิดมากที่สุด รองลงมาคือด้านการแสดงออกทางพฤติกรรมในระดับปานกลาง และด้านการหลีกเลี่ยงน้อยที่สุด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานานพอควรทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน ทำให้สามารถคิดและตัดสินใจ ตลอดจนการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ จึงใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการหลีกเลี่ยงปัญหาน้อย

กรองแก้ว ราษฎร์ดี (2550) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน จำนวน 85 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.93) เช่น การพยายามมองสถานการณ์นั้นอย่างมีความหมาย การพยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ และพยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เกี่ยวกับสถานการณ์ เพื่อจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้อยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยเพียงแค่มิถึงภัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และอยู่ระหว่างรอตรวจคัดกรองเบาหวานเท่านั้น รองลงมาคือ ด้านจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.44) และด้านจัดการกับอารมณ์ใช้น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 1.90)

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กับ การเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

สตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับยาขับยั้งการคลอด ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถตัดสินใจให้ความหมายหรือคุณค่า ไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ เนื่องจากขาดตัวชี้นำหรือสิ่งที่สามารถบ่งบอกได้อย่างเพียงพอ (Mishel, 1981: 258, 1988: 225, 1990: 256) เนื่องจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เลือกการเผชิญปัญหาด้วยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดดังนี้ 1) การเผชิญที่มุ่งแก้ไขปัญหา 2) การเผชิญที่มุ่งเน้นอารมณ์ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนและทำให้เกิดความสมดุลทางจิต ซึ่งปัจจัยที่กล่าวว่ามีผลต่อการเผชิญความเครียด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความสามารถในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาของ ราตรี เทียงจิตต์ (2534) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ จำนวน 100 ราย ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสามารถทำนายการปรับตัวของสตรีตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 6.41 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา นวลยง (2535) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ จำนวน 200 ราย ที่พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .4096, p < .001$) และสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ร้อยละ 3.49 และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาทิพย์ ชื้อสัดย์ (2537) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ จำนวน 100 ราย ที่พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ($r = .3809, p < .01$) และสามารถทำนายความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ร้อยละ 3.92 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวิณี โภคสินจำรูญ (2538) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ จำนวน 93 ราย ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .6114, p < .001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 37.38 และสอดคล้องกับการศึกษาของกิตตินันท์ สิทธิชัย (2540) ในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 100 ราย ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = .4419, p < .001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 19.528 และสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี ลิขิระกุล (2541) ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 120 ราย ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีและมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 20.85 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฤดี ปุ๊งบางกะดี (2541) ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 250 ราย ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = .412, p < .001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 16.9 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถ้าสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพขณะเจ็บป่วยดีจะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การปรับตัวได้ดี

อายุ เป็นแหล่งสนับสนุนภายในของสตรีตั้งครรภ์ที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะนอกเหนือจากความรู้ทางการศึกษา และสามารถบอกให้ทราบถึงระดับความสามารถในการรู้คิดเพื่อประเมินข้อมูลและการแปลความหมายต่อเหตุการณ์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากจะมีระดับความเครียดน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย เนื่องจากอายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์ในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตและมีประสบการณ์แก้ไขปัญหา ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้มีวุฒิภาวะสูงขึ้น (Anderson, 1980 อ้างใน ปิยะเนตร กาญจนเจริญ, 2541: 38) จากการศึกษาของ จรรยา หน่อแก้ว (2536) ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากคลอดบุตร จำนวน 112 ราย ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ($r = .4435, p < .00$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรศิริ ใจสม (2536) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในบิดาและมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารก และการสอดคล้องกับศึกษาของ อรทัย ธรรมกันมา (2540) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน 180 ราย พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = .2420$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมได้ร้อยละ 4.05

การสนับสนุนทางสังคมจากสามี จากการศึกษาของ ราตรี เทียงจิตต์ (2534) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ จำนวน 100 ราย พบว่าการสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของสตรีตั้งครรภ์ ($r = .3626, p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา หน่อแก้ว (2536) ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากคลอดบุตร จำนวน 112 ราย พบว่าการสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ($r = .4435, p < .001$) และสามารถทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 19.67 และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาทิพย์ ชื่อสัตย์ (2537)

ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ จำนวน 100 ราย พบว่าการสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ($r = .4259, p < .01$) และสามารถทำนายความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ร้อยละ 18.14 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรณี ชื่นประดับ (2538) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จำนวน 200 ราย ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .5349, p < .001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมเผชิญความเครียดได้ร้อยละ 7.36 และสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตตินันท์ สิทธิชัย (2540) ในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 100 ราย พบว่าการสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = .4214, p < .001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 11.252

การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญจากพยาบาลจะช่วยสนับสนุนการให้ความหมายเหตุการณ์ ทำให้เกิดความกระจ่างและชัดเจนต่อเหตุการณ์ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและอาการที่จะเกิดขึ้นตามมาแก่สตรีตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลง (Mishel, 1988) และเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเป็นตัวกลางที่ลดความเครียดและช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Gupton et al., 1997)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาของ เบญจวรรณ เอกะสิงห์ (2541) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตและโรคเบาหวานจำนวน 60 ราย พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .475, p < .01$) ด้านการมุ่งแก้ไขปัญห ($r = .334, p < .01$) ด้านการบรรเทาปัญหา ($r = .335, p < .01$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับด้านการจัดการกับอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน เกตุแก้ว (2541) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 100 ราย พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านหลีกเลี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4112$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียด ในสตรีที่มีบุตรยาก สตรีตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน (Prapapornsuk, 2001; Naromrum, 2003; กรองแก้ว ราษฎร์, 2550)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้นมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน การเผชิญความเครียดและการปรับตัว จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ให้ความสำคัญช่วยเหลือ บรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับขยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับขยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ณ โรงพยาบาลกลาง วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2552 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการขยับยั้งการคลอดครั้งแรก
2. สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24-37 สัปดาห์
3. สตรีตั้งครรภ์มีสถานภาพสมรสคู่
4. สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี พูดคุยสื่อสารได้ และมีสติสัมปชัญญะดี
5. ยินดีเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

วิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นประชากรที่ไม่ทราบจำนวนที่แท้จริง ดังนั้นในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีกำหนดขนาดตัวอย่างของ โคเฮน (Cohen, 1988: 453) สำหรับการวิเคราะห์ Regression Analysis จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดขนาดปานกลาง ($r = .20-.50$) จึงใช้ effect size (f^2) ขนาดปานกลางคือ .15 ที่ $p = .05$

เมื่อคำนวณค่า λ (The noncentrality parameter) จากการเปิดตารางที่ u (Degrees of freedom of the Numerator of the F Ratio) = 5 และ v (Degrees of freedom of the Denominator of the F Ratio) = 120, Power = .80 จะได้ $\lambda = 13.3$

$$\begin{aligned}\text{แทนค่าในสูตร } n &= \lambda / f2 \\ &= 13.3 / .15 \\ &= 88.6\end{aligned}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 89 ราย

ดังนั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 89 ราย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการขยายยังการคลอดเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนข้อมูลบางส่วนที่อาจไม่สมบูรณ์หรือขาดหายไป รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 ราย

สถานที่ศึกษา

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ หอผู้ป่วยห้องคลอด โรงพยาบาลกลาง วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และแผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่มีนโยบายในการให้ดูแลการบริการที่มีคล้ายคลึงกันและมีประสิทธิภาพแก่ผู้คลอด ซึ่งห้องคลอดทั้ง 4 แห่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ขึ้นไปทั้งในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และในรายที่ตั้งครรภ์ปกติ ผู้คลอดและสตรีตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกันทุกราย โดยไม่อนุญาตให้สามีหรือญาติเข้าเยี่ยมในห้องคลอด ถ้ามีปัญหาหรือข้อซักถามสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ห้องคลอด และพยาบาลห้องคลอดได้

เมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับการเข้าพักรักษาที่หอผู้ป่วยห้องคลอดเพื่อมารับยาขยายยังการเจ็บครรภ์คลอด โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาที่คล้ายคลึงกันทั้ง 4 แห่ง คือ สตรีตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ระหว่าง 24-37 สัปดาห์ และมีเกณฑ์ในการพิจารณาให้ยาขยายยังการคลอด ดังนี้ มดลูกมีการหดตัวทุก 10 นาที และไม่มีการเปิดขยายของปากมดลูก หรือมีการเปิดขยายของปากมดลูกน้อยกว่า 4 เซนติเมตร แพทย์ให้การรักษาด้วย Bricanyl ให้ทางหลอดเลือดดำ ในระยะนี้จะมีพยาบาลและแพทย์อยู่ใกล้ชิดโดยประเมินการหดตัวของมดลูก ฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ ชีพจร ความดันโลหิต เมื่อไม่มีมดลูกหดตัว จะเปลี่ยนเป็นยาฉีด Bricanyl 0.25 มิลลิกรัมได้ผลทันที ทุก 4 ชั่วโมง เป็นเวลา 24 ชั่วโมงจึงหยุด แล้วจึงเปลี่ยนมาเป็นยารับประทาน ซึ่งในสตรีตั้งครรภ์บางรายอาจไม่ได้รับยาชนิดรับประทานนี้ และย้ายสตรีตั้งครรภ์ไปพักรักษาตัวที่แผนกสูติ-นรีเวชกรรม จนกระทั่งได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งหอผู้ป่วยดังกล่าวนี้

ให้บริการทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่ยังไม่คลอด และคลอดแล้ว ซึ่งโรงพยาบาลกลาง วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการจำหน่ายที่หอผู้ป่วยห้องคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic data) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับขยับยั้งการคลอด ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลำดับที่และอายุของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาดูในโรงพยาบาล ความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การอยู่ร่วมกับสามี

2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรค ของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) และการทบทวนเอกสารงานวิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะแบบวัดนี้เป็นมาตรประมาณค่าลิเกิตสเกล 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คือ

เห็นด้วยมากที่สุด	มีค่าเท่ากับ 5	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	มีค่าเท่ากับ 4	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก
เห็นด้วยปานกลาง	มีค่าเท่ากับ 3	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	มีค่าเท่ากับ 2	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	มีค่าเท่ากับ 1	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่าน

โดยมีคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง สตรี ตั้งครรภ์รับรู้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีผลกระทบหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง ทารกในครรภ์และครอบครัวมาก

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความถูกต้องทางภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์ทางการพยาบาลศาสตราจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านแนวคิดความเครียดและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .73 และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .79

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามี เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลง โดยการเพิ่มข้อคำถามด้านการกระทำ จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของกาญจนา บุญทับ (2534) ที่แปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบวัดพฤติกรรมสนับสนุนทางสังคม (Support Behavior inventory) ที่สร้างโดย บราวน์ (Brown, 1986) จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ซึ่งเดิมประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ของพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 3) การสนับสนุนด้านวัตถุ การเงินหรือเวลา ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามด้านการกระทำ ดัดแปลงและเพิ่มข้อคำถาม ตัดข้อคำถามบางข้อ เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ จาก 9 ข้อคำถาม เป็น 7 ข้อ 2) การสนับสนุนด้านการกระทำ เพิ่มข้อคำถาม 3 ข้อ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จาก 1 ข้อคำถาม เพิ่มเป็น 3 ข้อ และ 4) การ

สนับสนุนด้านวัตถุ การเงินหรือเวลา จาก 2 ข้อคำถามเพิ่ม เป็น 3 ข้อ รวมเป็นข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ดังนี้

- 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ได้แก่ 1 2 8 9 10 14 16
- 2) การสนับสนุนด้านการกระทำ ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม ได้แก่ 12 13 15
- 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม ได้แก่ 3 4 7
- 4) การสนับสนุนด้านวัตถุ การเงินหรือเวลา ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม

ได้แก่ 5 6 11

ลักษณะแบบวัดนี้เป็นมาตรฐานค่าลิกิตสเกล 6 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 6 คือ

รู้สึกพึงพอใจมากที่สุด มีค่าเท่ากับ 6 หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรม
การช่วยเหลือจากสามีของท่าน
มากที่สุด

รู้สึกพึงพอใจปานกลาง มีค่าเท่ากับ 5 หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรม
การช่วยเหลือจากสามีของท่าน
ปานกลาง

รู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด มีค่าเท่ากับ 4 หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรม
การช่วยเหลือจากสามีของท่าน
น้อยที่สุด

รู้สึกไม่พึงพอใจน้อยที่สุด มีค่าเท่ากับ 3 หมายถึง ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจต่อ
พฤติกรรมช่วยเหลือจากสามี
ของท่านน้อยที่สุด

รู้สึกไม่พึงพอใจปานกลาง มีค่าเท่ากับ 2 หมายถึง ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจต่อ
พฤติกรรมช่วยเหลือจากสามี
ของท่านปานกลาง

รู้สึกไม่พึงพอใจมากที่สุด มีค่าเท่ากับ 1 หมายถึง ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจต่อ
พฤติกรรมช่วยเหลือจากสามี
ของท่านมากที่สุด

โดยมีคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 16-66 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่
ได้รับยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีมาก คะแนนรวมต่ำ
หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีต่ำ

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

บรวาน์ ได้นำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แล้วนำไปทดสอบกับสตรีตั้งครรภ์ระยะไตรมาสที่ 2 และ 3 และกลุ่มมารดา 313 คู่ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้ง 45 ข้อ แบ่งข้อย่อยตามชนิดการสนับสนุนทั้ง 4 ชนิด เมื่อนำข้อย่อยของแต่ละชนิดมาหาความสัมพันธ์รายข้อ พบว่าความสัมพันธ์ในแต่ละชนิดค่อนข้างสูง ดังนี้ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ .40-.69 การสนับสนุนด้านการกระทำ .43-.60 การสนับสนุนด้านข่าวสาร .44-.66 และการสนับสนุนด้านวัตถุ การเงินหรือเวลา .49-.75 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชนิด พบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงมากตั้งแต่ .89-.92 การพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างชนิดสูงมาก แสดงว่ามีความซ้ำซ้อนในข้อคำถาม จึงปรับปรุงตัดพฤติกรรมที่ซ้ำซ้อนออกเหลือข้อคำถาม 11 ข้อ ของพฤติกรรมการสนับสนุนทั้ง 4 ชนิด

กาญจนา บุญทับ ได้นำเครื่องมือของ บรวาน์ มาแปลเป็นภาษาไทย แล้วนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ 5 ท่านตรวจสอบ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง โดยนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์จำนวน 10 ราย เพื่อปรับปรุงด้านภาษา ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความถูกต้องทางภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์ทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านแนวคิดความเครียดและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

บรวาน์ ได้นำแบบวัดพฤติกรรมการสนับสนุนที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 45 ข้อนี้ไปทดสอบความสอดคล้องภายใน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .97 และนำแบบวัดพฤติกรรมการสนับสนุนที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ ของพฤติกรรมการสนับสนุนทั้ง 4 ชนิด คัดคะแนนเป็นคะแนนรวมของพฤติกรรมการสนับสนุน นำมาทดสอบความคงที่ของความเชื่อมั่นภายใน (Internal Consistency Reliability) ได้เท่ากับ .89

สำหรับแบบสอบถามฉบับภาษาไทย กาญจนา บุญทับ ได้นำเครื่องมือไปทดสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 10 ราย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .89 และเมื่อนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 150 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .91

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .99 และเมื่อนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .98

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในห้องคลอด ของ ประนอม ภูศรีทอง (2336) เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่ง ประนอม ภูศรีทอง ได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการดูแลของลาร์สัน (Larson, 1989) จากเครื่องมือ CARE /SAT ซึ่งลาร์สันได้พัฒนาเครื่องมือมาจากแบบประเมินการรับรู้ผู้ป่วย (CARE/Q) จากความคิดที่ว่า ในการพยาบาลที่ต่างวัฒนธรรม (Transcultural Nursing) พฤติกรรมการดูแลจะเป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลแต่ละคนที่จะปฏิบัติให้กับผู้ป่วยแต่ละคนตามความต้องการและความเหมาะสม จึงจะบรรลุเป้าหมายของการดูแล คือ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และจากแนวคิดที่ระบุว่า พฤติกรรมการดูแลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อปฏิบัติการนั้นเป็นที่รับรู้ได้ (Patient's perception) ซึ่งเดิมประกอบด้วย 29 ข้อคำถาม ของพฤติกรรมการดูแลใน 3 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการดูแลด้านการให้ความช่วยเหลือเกื้อหนุน 2) พฤติกรรมการดูแลด้านพยาบาลที่ควรละเว้น และ 3) พฤติกรรมการดูแลด้านการช่วยเหลือในฐานะบุคคล ประนอม ภูศรีทอง ได้ถอดความในแต่ละข้อคำถามของแต่ละด้าน และเพิ่มเติมข้อคำถามบางข้อเพื่อให้สอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาลตามความเป็นจริงในการดูแลผู้คลอด โดยเพิ่มเติมข้อคำถามในพฤติกรรมการดูแลด้านที่ 1 จากข้อคำถาม 12 ข้อ เป็น 19 ข้อ พฤติกรรมการดูแลด้านที่ 2 ประกอบด้วย 11 ข้อความยังคงไว้เช่นเดิม และพฤติกรรมการดูแลด้านที่ 3 เพิ่มเติมจาก 6 ข้อคำถาม เป็น 10 ข้อคำถาม รวมเป็นข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและตัดข้อคำถามบางข้อในพฤติกรรมการดูแลด้านที่ 1 จาก 19 ข้อคำถาม เป็น 16 ข้อคำถาม พฤติกรรมการดูแลด้านที่ 2 ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม คงเดิม และพฤติกรรมการดูแลด้านที่ 3 ประกอบด้วย 10 ข้อคำถามคงเดิม รวมเป็นข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ ดังนี้

1) พฤติกรรมการดูแลด้านการให้ความช่วยเหลือเกื้อหนุน ประกอบด้วย 16 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อที่ 2 6 8 10 11 13 17 19 20 22 23 26 27 34 35 และ 36 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมให้การดูแลในเรื่องความสุขสบาย การให้ข้อมูล การตรวจสอบและเฝ้าระวัง และการใช้ทักษะเชิงวิชาชีพ

2) พฤติกรรมการดูแลด้านพยาบาลที่ควรละเว้น ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อที่ 3 4 5 7 9 12 16 18 28 29 และ 33 เป็นข้อคำถามด้านลบที่จัดว่าไม่ใช่พฤติกรรมการดูแล และเป็นสิ่งที่ไม่ควรจะปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ การไม่ตระหนักถึงความต้องการของผู้คลอด ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้คลอด ไม่รับฟังความคิดเห็น หรือให้บริการที่ไม่คำนึงถึงความเป็นบุคคล ให้การดูแลที่ไม่สม่ำเสมอ และการปฏิบัติกรพยาบาลที่แสดงถึงความไม่ใส่ใจ และขาดทักษะ

3) พฤติกรรมการดูแลด้านการช่วยเหลือในฐานะบุคคล ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อที่ 1 14 15 21 24 25 30 31 32 และ 37 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลในการสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการในฐานะบุคคล และการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

สำหรับลักษณะของเครื่องมือ CARE/SAT นั้นเดิมเป็น Visual analogue scale ซึ่งประนอม กุศริทอง ได้ดัดแปลงเป็นแบบวัดมาตราประมาณค่าเกิดสเกล 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คือ

เป็นจริงมากที่สุด	มีค่าเท่ากับ 5	หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากพยาบาล ในข้อความนั้นมากที่สุดหรือทุกครั้ง
เป็นจริงส่วนมาก	มีค่าเท่ากับ 4	หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากพยาบาล ในข้อความนั้นมากหรือบ่อยครั้ง
ปานกลาง	มีค่าเท่ากับ 3	หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากพยาบาล ในข้อความนั้นปานกลางหรือประมาณ ครึ่งหนึ่ง
เป็นจริงน้อย	มีค่าเท่ากับ 2	หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากพยาบาล ในข้อความนั้นน้อยหรือเป็นบางครั้ง บางครั้ง
ไม่เป็นจริง	มีค่าเท่ากับ 1	หมายถึง ท่านไม่ได้รับการดูแลจากพยาบาล ในข้อความนั้นเลย

สำหรับพฤติกรรมการดูแลด้านพยาบาลที่ควรละเว้น ซึ่งเป็นข้อความทางลบจะมีการให้คะแนนในทางย้อนกลับ คือไม่ได้รับเลยมีค่าเท่ากับ 5 จนถึงได้รับมากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 1 ดังนั้นคะแนนรวมในแบบวัดนี้อยู่ระหว่าง 37 - 185 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลน้อย

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ประนอม ภูศรีทอง (2536) ได้นำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลนี้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลมารดาและทารก และทฤษฎีการดูแล จำนวน 5 ท่าน พิจารณาและแก้ไขข้อความให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในห้องคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับขยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดที่ดัดแปลงแล้ว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์ทางการพยาบาลสูติศาสตร์ พิจารณาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ประนอม ภูศรีทอง (2536) ได้นำแบบวัดนี้ไปทดสอบความสอดคล้องภายใน โดยเก็บข้อมูลกับผู้คลอดตามคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 30 ราย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .88 และเมื่อทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 200 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับขยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .91 และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .92

5. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Mishel Uncertainty In Illness Scale: MUIS) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือมาจากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของ บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ (2533) ที่แปลมาจากแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel Uncertainty In Illness Scale: MUIS) ของมิเชล (Mishel, 1990) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดภาวะทางอารมณ์ของบุคคล ที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ โดยได้แนวคิดมาจากกรอบแนวคิดความเครียดและการประเมินตัดสินความเครียดของลาซาลัส (Cognitive Appraisal Model) มิเชลได้พัฒนาเครื่องมือมาจากแบบประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1981) ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและด้านขาดความกระจ่าง หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 1982 มิเชลได้นำข้อคำถามทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ด้วยการวิเคราะห์ Factor Analysis พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความ

เจ็บป่วย 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล 3) ด้านการได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิม และ 4) ด้านความไม่สามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 34 ข้อ และในปี ค.ศ. 1989 ได้นำเครื่องมือชุดเดิมวิเคราะห์ Factor Analysis ซ้ำ พบความรู้สึกไม่แน่นอนมีองค์ประกอบ 4 ด้าน เช่นเดิม ประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ ดังนี้

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 13 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อที่ 3 4 8 9 13 14 15 16 17 19 22 23 และ 25 คะแนนอยู่ระหว่าง 13-65
 2. ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อที่ 6 7 10 27 30 31 และ 32 คะแนนอยู่ระหว่าง 7-35
 3. ด้านการได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิม ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อที่ 1 2 5 11 18 21 และ 28 คะแนนอยู่ระหว่าง 7-35
 4. ด้านความไม่สามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อที่ 12 20 24 26 และ 29 คะแนนอยู่ระหว่าง 5-25
- โดยแบบวัดนี้ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่าลิเกตสเกล 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คือ
- | | | |
|---------------|----------------|--|
| จริงที่สุด | มีค่าเท่ากับ 5 | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวเป็นอย่างมาก |
| จริง | มีค่าเท่ากับ 4 | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวบ้างเล็กน้อย |
| ไม่แน่ใจ | มีค่าเท่ากับ 3 | หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่ามีความรู้สึกดังกล่าวหรือไม่ |
| ไม่จริง | มีค่าเท่ากับ 2 | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความดังกล่าวบ้างเล็กน้อย |
| ไม่จริงที่สุด | มีค่าเท่ากับ 1 | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความดังกล่าวเป็นอย่างมาก |

ในแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก จำนวน 20 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1 2 3 4 5 8 9 11 13 14 15 16 17 18 19 21 22 23 25 และ 28 ส่วนข้อคำถามด้านลบ จำนวน 12 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่ 6 7 10 12 20 24 26 27 29 30 31 และ 32 สำหรับการให้คะแนนข้อความด้านลบ ผู้วิจัยจะกลับคะแนนก่อนจึงรวมคะแนน โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 32 - 160 คะแนนรวมมาก หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

มิเชลตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) 3 ลักษณะ คือ

1. หาความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่คาดหวัง (Known group technique) โดยหาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอน ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 259 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 68 ราย ผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 134 ราย ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการวินิจฉัย 51 ราย และอีก 6 รายมีลักษณะตรงตามที่ต้องการวัด พบว่าผู้ป่วยที่รอการวินิจฉัยโรคมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงสุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยอายุรกรรมและผู้ป่วยศัลยกรรมตามลำดับ เมื่อนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดสอบความตรงทางโครงสร้างซ้ำ พบว่าผลการศึกษาเป็นไปตามโครงสร้าง ทฤษฎีที่มีองค์ประกอบ 4 ด้าน แบ่งเป็น 32 ข้อคำถาม (Mishel, 1981: 262)

2. ความตรงตามความสอดคล้อง (Convergent validity) มิเชลได้ทดสอบสมมติฐานคือการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดของผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 100 ราย โดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยร่วมกับแบบวัดความเครียดขณะอยู่โรงพยาบาลของโวลีเซอร์ (Volicer, 1977 cited in Mishel, 1981: 262) เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติความสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ($r = .35, p < .001$) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานของทฤษฎี

3. ความตรงตามเกณฑ์ (Criterion validity) มิเชลใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยร่วมกับการวัดความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาด้วยแบบทดสอบความจำ (Recall test) ของคาสีเลท (Casseleth, 1980 cited by Mishel, 1980: 262-263) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งได้รับรังสีรักษาครั้งแรก จำนวน 26 ราย พบว่ามีความสัมพันธ์เฉพาะด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ($r = -.63, p < .001$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ด้านความไม่สามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการเจ็บป่วยได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา มีผลทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้นซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของทฤษฎี

สำหรับแบบประเมินฉบับภาษาไทย บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ (2533) ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องด้านภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง หลังจากนั้นนักวิจัยหลายท่านได้นำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไปปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดที่คัดแปลงแล้วไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็น

อาจารย์ทางการแพทย์บาลสฤตศาสตร์ พิจารณาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ในปี ค.ศ. 1981 มิเชลได้นำเครื่องมือชุดแรกที่ประกอบด้วย ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านความไม่สามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง พบว่าบางข้อคำถามมีความซ้ำซ้อนจึงได้ลดข้อคำถามเหลือ 30 ข้อ (จากเดิม 54 ข้อ) และเมื่อนำไปหาความเที่ยงด้านความสอดคล้องภายในของปัจจัย (Internal consistency of the factor) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .91 แต่ปัจจัยด้านการทำนายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ก่อนข้างต่ำเท่ากับ .64 ดังนั้นจึงสร้างข้อคำถามเพิ่มขึ้นอีก 4 ข้อ แล้วนำมาวิเคราะห์ปัจจัยซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .89, .72 ตามลำดับ

ในปี ค.ศ. 1982 ได้พัฒนาเครื่องมือมาเป็นลำดับและนำข้อคำถามทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่เพื่อวัดความรู้สึกไม่แน่นอน ที่มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) 3) ด้านการได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิม (Inconsistency of the information) 4) ด้านความไม่สามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ (Unpredictability) มีข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ และนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .91, .75, .71, .70 แต่พบว่าไม่มีความคงที่ในด้านด้านการได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิม และด้านความไม่สามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ ดังนั้นในปี ค.ศ. 1986 มิเชลและเอปสไตน์ (Mishel & Epsstein, 1990: 3) จึงทำการวิเคราะห์ปัจจัยใหม่ โดยนำไปศึกษาในในกลุ่มตัวอย่าง 616 ราย พบเครื่องมือชุดนี้ยังคงมีปัจจัย 4 ด้าน เช่นเดิม แต่ค่าความเที่ยงของข้อมูลด้านการขาดความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วยที่รุนแรง และด้านไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาของความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคไม่คงที่ เมื่อนำน้ำหนักของปัจจัยรายข้อ (Item loading) พบว่าแต่ละข้อมีน้ำหนักปัจจัยตั้งแต่ .39 ขึ้นไป ดังนั้นจึงคงข้อคำถามไว้ 34 ข้อเช่นเดิม

ในปี ค.ศ. 1989 มิเชลได้นำเครื่องมือชุดเดิมไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในโรคต่าง ๆ จำนวน 1,199 ราย พบว่ามี 2 ปัจจัยที่มีความหมายเปลี่ยนไปคือ ด้านการขาดข้อมูลเปลี่ยนเป็นการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ส่วนด้านการไม่สามารถทำนายและพยากรณ์โรคเปลี่ยนเป็น

การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยได้ และได้นำข้อคำถามมาหาให้นักวิจัยรายข้อใหม่ พบว่าข้อคำถามเพียง 32 ข้อ ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบ .38 ขึ้นไป ดังนั้นมิเชลจึงคงคำถามไว้เพียง 32 ข้อ หลังจากนั้นได้นำมาหาความเที่ยงโดยรวมของข้อคำถามทั้งหมด พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) อยู่ระหว่าง .80-.93 ส่วนค่าความเที่ยงรายด้านได้ผลดังนี้ ด้านความคุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเท่ากับ .73-.91 ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแลเท่ากับ .37-.86 ด้านการได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมเท่ากับ .55-.91 และด้านความสามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้เท่ากับ .21-.74 (Mishel & Epstein, 1990: 20-25)

สำหรับแบบประเมินฉบับภาษาไทย บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ (2533) ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาในระยะก่อนรับรังสีรักษา ระหว่างรับรังสีรักษา และสิ้นสุดการรักษาจำนวน 70 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .79, .89, .89 ตามลำดับ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .87, .74, .72, .72 ตามลำดับ และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .80, .71, .72, .70 ตามลำดับ

6. แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือแบบวัดพฤติกรรม การเผชิญความเครียดของ ปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) ที่ปรับปรุงมาจากแบบวัดพฤติกรรม การเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย สุรางค์ เปื้องเดช (2533) ซึ่งจาโลวีก พัฒนาเครื่องมือโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ ลาซาลัสและลอเนียร์ (Lazarus & Launier, 1978) เพื่อประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของบุคคลสำหรับงานวิจัยในระดับปริญญาโท (Jalowiec, 1979) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ วัดการเผชิญความเครียด 2 ด้าน คือ ด้านเผชิญหน้ากับปัญหาและด้านจัดการกับอารมณ์ หลังจากนั้น ในปี ค.ศ. 1988 ได้ปรับปรุงข้อคำถามเหลือ 36 ข้อ วัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด 3 ด้าน คือ 1) ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา 2) ด้านจัดการกับอารมณ์ และ 3) ด้านการบรรเทาความรู้สึก ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมดูแลในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ผู้วิจัยได้ดัดแปลง และตัดข้อคำถามออก 2 ข้อ เนื่องจากไม่ใช่ในพฤติกรรมการเผชิญความเครียด การเผชิญความเครียดด้านที่ 1 ประกอบด้วย 13 ข้อคำถามคงเดิม การเผชิญความเครียด

ด้านที่ 2 จาก 9 ข้อคำถามเป็น 7 ข้อ การเผชิญความเครียดด้านที่ 3 ประกอบด้วย 14 ข้อคำถามคงเดิม รวมเป็นข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ ดังนี้

1) การเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา ประกอบด้วย 13 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อที่ 1 4 10 14 15 16 20 25 26 27 29 30 และ 32

2) การเผชิญความเครียดด้านจัดการกับอารมณ์ ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อที่ 5 8 11 12 19 21 และ 22

3) การเผชิญความเครียดด้านบรรเทาความรู้สึก ประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อที่ 2 3 6 7 9 13 17 18 23 24 28 31 33 และ 34

โดยแบบวัดนี้เป็นมาตรฐานค่าลิเกิตสเกล 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คือ

ใช้เกือบทุกครั้ง มีค่าเท่ากับ 5 หมายถึง ท่านใช้วิธีการ/พฤติกรรมนั้นเกือบทุกครั้ง (100 %)

ใช้บ่อย ๆ มีค่าเท่ากับ 4 หมายถึง ท่านใช้วิธีการ/พฤติกรรมนั้นบ่อยครั้งหรือเป็นส่วนมาก (75 %)

ใช้เป็นบางครั้ง มีค่าเท่ากับ 3 หมายถึง ท่านใช้วิธีการ/พฤติกรรมนั้นเพียงครั้งหนึ่งหรือเป็นบางครั้ง (50 %)

ใช้นาน ๆ ครั้ง มีค่าเท่ากับ 2 หมายถึง ท่านใช้วิธีการ/พฤติกรรมนั้นบ้างเล็กน้อยหรือใช้วิธีการนั้นนาน ๆ ครั้ง (25 %)

ไม่ได้ใช้ มีค่าเท่ากับ 1 หมายถึง ท่านไม่ได้ใช้วิธีการ/พฤติกรรมนั้นเลย (0 %)

โดยคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ด้านใดมากแสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

การหาความตรงทางโครงสร้าง (Construct Validity) จาโลวิกและคณะ (Jalowiec, et.al., 1984) ได้นำแบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียด 40 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ การมุ่งแก้ปัญหาและ การจัดการกับอารมณ์ โดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 141 คน วิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า มีมากกว่า 2 ด้าน ดังนั้นในปี 1988 จาโลวิกจึงหาความตรงทางโครงสร้างอีกครั้ง จากกลุ่มตัวอย่าง 1400 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วย 790 ราย พยาบาล 353 ราย สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย 133 ราย และนักศึกษา 124 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม LISREL วิเคราะห์ factor Analysis พบว่าเครื่องมือมีองค์ประกอบของวิธีการเผชิญความเครียด 3 วิธี คือ วิธีมุ่งแก้ปัญหา วิธีลด

ความถี่เครียด และวิธีการแก้ปัญหาทางอารมณ์ ด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ ส่วนที่เหลืออีก 4 ข้อ ไม่ตกอยู่ในด้านใดด้านหนึ่งจึงตัดออก

สำหรับแบบสอบถามฉบับภาษาไทย สุรางค์ เปื้องเดช (2531) ได้นำแบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดของจาโลวีกที่ปรับปรุงแล้วจำนวน 36 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยและนำไปทดสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบวัดนี้ไปตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน พิจารณาและนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) ได้นำแบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียด ที่แปลเป็นไทยโดย สุรางค์ เปื้องเดช (2531) มาดัดแปลงทางภาษาและพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากร และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์จำนวน 5 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน เป็นผู้พิจารณาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียด ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์ทางการพยาบาลสตรีศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านแนวคิดความเครียดและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และดัดแปลงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยตัดข้อคำถามออก 2 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามไม่ใช่พฤติกรรมการเผชิญความเครียด ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปใช้จริง

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้นำแบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดจำนวน 36 ข้อ ไปตรวจสอบความเที่ยง ในกลุ่มตัวอย่าง 1400 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วย 790 ราย พยาบาล 353 ราย สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย 133 ราย และนักศึกษา 124 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยรวมเท่ากับ .95 และรายด้าน คือ ด้านที่ 1 เท่ากับ .85 ด้านที่ 2 เท่ากับ .75 และด้านที่ 3 เท่ากับ .75

สำหรับแบบสอบถามฉบับภาษาไทย สุรางค์ เปื้องเดช (2533) ได้นำแบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียด ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย และกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาจริง จำนวน 60 ราย หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .77 และ .84 ตามลำดับ ปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) ได้นำแบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่ดัดแปลงแล้วไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาจริงจำนวน 150 ราย หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการ

หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .95 และ .88 ตามลำดับ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยังการเจ็บครรภ์คลอดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยรวมเท่ากับ .92 และรายด้าน คือ ด้านที่ 1 เท่ากับ .82 ด้านที่ 2 เท่ากับ .71 และด้านที่ 3 เท่ากับ .82 และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยรวมเท่ากับ .88 และรายด้าน คือ ด้านที่ 1 เท่ากับ .75 ด้านที่ 2 เท่ากับ .70 และด้านที่ 3 เท่ากับ .77 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลกลาง คณะอนุกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเริ่มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือในการวิจัยจากนั้นผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัยครั้งนี้ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล การนำข้อมูลที่ได้ไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ในภาพรวม ไม่มีผลกระทบหรือมีผลเสียใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างนอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และให้กลุ่มตัวอย่างคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้ความร่วมมือ ในการทำวิจัยด้วยความสมัครใจ บันทึกการให้ความยินยอมด้วยการลงลายมือชื่อ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใด ๆ ของการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่เกิดผลเสียต่อกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยโรงพยาบาลละ 1 ท่าน จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการในหอผู้ป่วยนั้นๆ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับยาขับยังการเจ็บครรภ์คลอด ที่จะต้องได้รับดูแล รักษา และการพยาบาลที่เฉพาะ ดังนั้นเพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างในทางเดียวกัน ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัย ได้รับทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอน และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้วิจัย
2. ให้ผู้ช่วยวิจัย 3 ท่าน อ่านและทำความเข้าใจในแบบสอบถามทั้งหมด ถ้าผู้ช่วยวิจัยไม่เข้าใจข้อคำถามของแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ และยกตัวอย่างข้อคำถามให้ผู้ช่วยตอบว่ามีความเข้าใจตรงกันหรือไม่
3. ในกรณีที่ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ด้วยตนเองผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลแทนเนื่องจาก สตรีตั้งครรภ์ ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านในเวลาที่แตกต่างกัน

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. ดำเนินการขออนุญาตคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลกลาง คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร
2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหิดลและหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลกลาง คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก พยาบาลประจำการ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
4. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยติดตามเก็บข้อมูลที่ หอผู้ป่วยห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเพื่อเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอยู่ในบริเวณใกล้เคียงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยจากการตอบแบบสอบถามได้ โดยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้

4.1 เมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหยุดยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดทางหลอดเลือดดำและได้รับยาฉีด Bricanyl 0.25 มิลลิกรัมใต้ผิวหนัง โดยให้สตรีตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามี แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

4.2 หลังจากที่ได้ศึกษาแพทย์ได้ตรวจเยี่ยมอาการและอนุญาตให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้สตรีตั้งครรถ์ตอบแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามชุดนั้น ๆ ก่อน และในกรณีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามไม่ครบ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนครบถ้วน และรวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไปแจกแจงและวิเคราะห์ค่าสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรถ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรถ์คลอด จำนวน จำนวน ร้อยละของ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา ช่วงอายุครรถ์ ลำดับที่ของการตั้งครรถ์ อาชีพ จำนวน วันที่เข้ารับการรักษာ ความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากการเจ็บครรถ์คลอดก่อนกำหนด การอยู่ร่วมกับสามี
2. จำนวนค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ อายุ ระดับการศึกษา อายุครรถ์ ลำดับที่ของการตั้งครรถ์ อาชีพ จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาของสตรีตั้งครรถ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรถ์คลอด
3. จำนวนค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรถ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ของสตรีตั้งครรถ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรถ์คลอด
4. จำนวนค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ของคะแนนการเผชิญความเครียด ของสตรีตั้งครรถ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรถ์คลอด
5. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ โดยใช้วิธีคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพร้อมทั้งทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยทดสอบค่าที (t-test)
6. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เพื่อหาอำนาจการทำนายความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรถ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรถ์คลอด โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ดังนี้

6.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาสุ่มมาจากประชากรที่มีการแจกแจงเป็น โค้งปกติ

6.2 ตรวจสอบการแจกแจงเป็น โค้งปกติ (normality) ของตัวแปรแต่ละตัวโดยใช้ Komogorov Smirnov test

6.3 ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแต่ละคู่ โดยการทำให้ scatter plot

6.4 ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวต้องมีค่าคงที่ (homocedasticity) โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง Regression Standardized Predicted Value กับ Regression Standardized Residual Value

6.5 ตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองของค่าความคลาดเคลื่อน (autocorrelation) โดยใช้สถิติ Durbin-Watson ค่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

6.6 ตรวจสอบตัวแปรอิสระทั้งหลายที่ใช้ในการศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) โดยการวิเคราะห์ค่า tolerance

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 100 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และมารับการรักษาด้วยยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดที่หอผู้ป่วยห้องคลอด แผนกสูติ-นรีเวชกรรม ณ โรงพยาบาลกลาง วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดกรุงเทพมหานคร โดยผลการวิจัยจะเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 105 ราย เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ตอบแบบสอบถามว่าไม่เครียด 2 ราย และเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 3 ราย ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ดังนี้ โรงพยาบาลกลาง จำนวน 15 ราย วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 40 ราย โรงพยาบาลตากสิน 30 ราย โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 15 ราย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 20-34 ปี (ร้อยละ 55) รองลงมาคือกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 33) และกลุ่มอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 12) ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 24 ปี ($\bar{x} = 24.58$, $SD = 7.29$) มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 34 รองลงมาที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาพบ ร้อยละ 28 และมีเพียงร้อยละ 2 ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 49) และมีรายได้ 10,000 บาท/เดือน ($mode = 10,000$) รายได้ครอบคลุมเฉลี่ย 11,825 บาท/เดือน ($\bar{x} = 11,825$, $SD = 7826.84$) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์อยู่ในช่วงอายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ (ร้อยละ 91) และตั้งครรภ์ลำดับที่ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 42) ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 3 วันมากที่สุด (ร้อยละ 42)

และความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในครั้งนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกเครียดปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 59) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100)

จำนวน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ($\bar{x}$ = 24.58, SD = 7.29, min-max = 14-44 ปี)		
น้อยกว่า 20 ปี	33	33
20-34 ปี	55	55
35 ปีขึ้นไป	12	12
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	28	28
มัธยมศึกษาตอนต้น	34	34
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	27	27
ปริญญาตรีขึ้นไป	11	11
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26	26
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	8	8
ธุรกิจส่วนตัว	11	11
รับจ้าง	49	49
เกษตรกร	1	1
อื่น ๆ	4	4
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)		
($\bar{x}$ = 11,825, SD = 7826.84, min-max = 4,000-50,00, mode = 10,000)		
น้อยกว่า 5,000	10	10
5,001-10,000	53	53
10,001-15,000	22	22
15,001-20,000	8	8
มากกว่า 20,000	7	7

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100) (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
อายุของการตั้งครรภ์ (สัปดาห์)		
($\bar{x} = 31.38$, SD = 2.56, min-max = 24-36)		
24-34	91	91
35-37	9	9
ลำดับที่ของการตั้งครรภ์		
ครรภ์ที่ 1	42	42
ครรภ์ที่ 2	37	37
ครรภ์ที่ 3	18	18
ครรภ์ที่ 4	3	3
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (วัน)		
($\bar{x} = 3.91$, SD = 1.41, min-max = 2-11)		
2	4	4
3	42	42
4	38	38
5	6	6
6	5	5
8	2	2
9	2	2
11	1	1
ความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในครั้งนี้		
ทำให้ท่านรู้สึกเครียด		
น้อย	17	17
ปานกลาง	59	59
มาก	24	24

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในช่วง 20-60 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.08 คะแนน ($\bar{x} = 43.08$, $SD = 7.30$, $Skewness = -0.21$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากสามีกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในช่วง 19-96 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 74.88 คะแนน ($\bar{x} = 74.88$, $SD = 22.69$, $Skewness = -1.54$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากสามีอยู่ในระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลโดยรวมอยู่ในช่วง 95-185 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 145 คะแนน ($\bar{x} = 145$, $SD = 21.01$, $Skewness = -0.17$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับขยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ($n = 100$)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	$\bar{x}$	SD	Skewness
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	12-60	20-60	43.08	7.30	-0.21
การสนับสนุนทางสังคมจากสามี	16-96	19-96	74.88	22.96	-1.54
การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล โดยรวม	37-185	95-185	145	21.01	-0.17

กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยรวมอยู่ในช่วง 58-119 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 89.4 คะแนน ($\bar{x} = 89.41$, $SD = 11.14$, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.79) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ใน ระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์รายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้านความไม่สามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้มากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.21) รองลงมาด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.02) ด้านการได้รับข้อมูลที่

เปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างกันไป (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.68) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.18) ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด (n = 100)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	$\bar{x}$	SD	ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม	32-160	58-119	89.41	11.14	2.79
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	13-65	19-55	39.27	6.82	3.02
ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล	7-35	7-26	15.26	3.60	2.18
ด้านการได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างกันไป	7-35	9-31	18.82	4.27	2.68
ด้านความไม่สามารถในการทำน่ายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้	5-25	5-25	16.06	3.02	3.21

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในช่วง 63-148 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 108.58 คะแนน ($\bar{x} = 108.58$, SD = 17.05) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ 44.90 คะแนน ($\bar{x} = 44.90$, SD = 7.19) ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ 18.55 คะแนน ($\bar{x} = 18.55$, SD = 4.78) และด้านบรรเทาความรู้สึกเท่ากับ 45.13 คะแนน ($\bar{x} = 45.13$, SD = 7.72) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.45) รองลงมาคือด้านบรรเทาความรู้สึก (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.22) และด้านจัดการกับอารมณ์ (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.65) ตามลำดับ (ตาราง 4)

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ ของการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด (n = 100)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	$\bar{x}$	SD	ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์*
การเผชิญความเครียดโดยรวม	34-170	63-148	108.58	17.05	
ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	28-62	44.90	7.19	3.45
ด้านจัดการกับอารมณ์	7-35	9-35	18.55	4.78	2.65
ด้านบรรเทาความรู้สึก	14-70	23-64	45.13	7.72	3.22

* ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = ค่าเฉลี่ยรายด้าน / จำนวนข้อ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร อันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ต้องผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ดังนี้

1. ตรวจสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ของตัวแปรแต่ละตัวโดยใช้ Komogorov Smirnov test จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากสามีของกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงไม่เป็นแบบโค้งปกติ โดยมีลักษณะเบ้ซ้าย (Skewness = -1.542) (ภาคผนวก ค)
2. ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแต่ละคู่ โดยการทำ scatter plot จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม (ภาคผนวก ง)
3. ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวต้องมีค่าคงที่ (homocedasticity) โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง Regression Standardized Predicted Value กับ Regression Standardized Residual Value จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์กลาง แสดงว่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (ภาคผนวก จ)
4. ตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองของค่าความคลาดเคลื่อน (autocorrelation) โดยใช้สถิติ Durbin-Watson ต้องมีค่าเข้าใกล้ 2 (มีค่าในช่วง 1.5-2.5) จึงสรุปว่าค่าความคลาดเคลื่อนไม่มี

ความสัมพันธ์กัน (กัลยา วาณิชยบัญชา, 2546: 340-341) จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าค่า Durbin-Watson ได้เท่ากับ 1.681-2.061 นั่นคือไม่มีความสัมพันธ์กันเองของค่าความคลาดเคลื่อน

5. ตรวจสอบตัวแปรอิสระทั้งหลายที่ใช้ในการศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) โดยการวิเคราะห์ค่า Tolerance ต้องมีค่าเข้าใกล้ 1 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) ไม่เกิน 10 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547: 323-326) จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าตัวแปรอิสระที่ใช้ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ค่า Tolerance และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าเข้าใกล้ 1 และพิจารณาความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากสามีของกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงไม่เป็นแบบโค้งปกติ โดยมีลักษณะเบ้ซ้าย (Skewness = -1.542) แก้ไขโดยวิธีการแปลงข้อมูลให้ใช้ค่ารากที่สอง (Square root) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547: 335) ซึ่งพบว่าไม่สามารถแก้ไขการแจกแจงให้เป็นโค้งปกติได้ จึงถือได้ว่าเป็นข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.51, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .05$) (ตาราง 5)

ตาราง 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 100)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. อายุ	1.00					
2. การรับรู้ความรุนแรงของการ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	.098	1.00				
3. การสนับสนุนทางสังคม จากสามี	.094	-.236*	1.00			
4. การสนับสนุนทางสังคม จากพยาบาล	.041	-.067	-.063	1.00		
5. ความรู้สึกไม่แน่นอนในการ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	-.062	.190	-.006	-.511**	1.00	
6. การเผชิญความเครียด	.054	.134	.157	.235*	-.129	1.00

* p<.05, ** p<.01

การทดสอบสมมติฐาน

จากการวิเคราะห์หาคัดลอกพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่ามีเพียงการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลตัวแปรเดียวเท่านั้นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ร้อยละ 26 ($R^2 = .26$, $F_{(1,98)} = 34.65$, $p < .01$) ดังตาราง 6 นั่นคือทดสอบสมมติฐานข้อ 1 ที่กล่าวว่า ปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดจึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน (ตาราง 6)

ตาราง 6 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ในการทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด (n = 100)

ลำดับ	ตัวแปร	β	R^2	R^2	F	b	t
			Change	Change			
การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล		-.511	.261	.261	34.65	-.289*	-5.88*
Constant (a) = 131.13							
Overall F _(1, 98) = 34.65*							

* p<.01

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่ามีเพียงการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลตัวแปรเดียวเท่านั้นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ร้อยละ 5.5 ($R^2 = .055$, $F_{(1, 98)} = 5.71$, $p < .01$) ดังตาราง 7 นั่นคือทดสอบสมมติฐาน ข้อ 2 ที่กล่าวว่า ปัจจัยคัดสรรอื่นได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถทำนายวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดจึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน (ตาราง 7)

ตาราง 7 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ในการทำนายวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด (n = 100)

ลำดับ	ตัวแปร	β	R^2	R^2	F	b	t
			Change	Change			
การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล		.235	.055	.045	5.718*	.203	2.391*
Constant (a) = 79.251							
Overall F _(1, 98) = 5.718*							

* p<.01

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ อายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งได้นำผลการวิจัยมาอภิปรายผลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสมมติฐานในการวิจัยดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55) (ตาราง 1) อยู่ในกลุ่มอายุ 20-34 ปี จึงเป็นผู้ที่มีความเป็นผู้ใหญ่ และมีความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งมีความสำคัญสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด และวัยผู้ใหญ่จะมีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ทำให้มีการพิจารณาอย่างรอบคอบ (Siriruang, 2002: 65) ใช้เหตุผลในการวิเคราะห์สถานการณ์และตัดสินใจมากขึ้น รองลงมา (ร้อยละ 33) (ตารางที่ 1) อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมตอนต้น (ร้อยละ 34) (ตาราง 1) ซึ่งถือว่าเทียบเท่าจำนวนปีการศึกษาที่ผ่านเกณฑ์การกำหนดจำนวนปีการศึกษาพื้นฐานภาคบังคับที่ได้กำหนดไว้ 9 ปี ตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545: 65) แสดงว่าในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาเพียงพอที่จะสนับสนุนให้เกิดความสามารถในการเรียนรู้ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวและสามารถเผชิญความเครียดได้ดี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 49) (ตาราง 1) มีรายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ย 11,825 บาท/เดือน (ตารางที่ 1) ซึ่งต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนของประชากรทั้งประเทศ (13,736 บาท/เดือน) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547: 163) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ (ตาราง 1) อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ

ของสตรีตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการตั้งครรภ์ของตนเองว่าจะสามารถตั้งครรภ์ต่อไปให้ครบกำหนดหรือไม่ เกิดความกลัวเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเอง และทารกในครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ลำดับที่ 1 (ตาราง 1) ซึ่งไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ทำให้ความสามารถเข้าใจและแก้ปัญหาได้ไม่ดีเหมือนบุคคลที่เคยผ่านการตั้งครรภ์มาก่อนหรือมีการตั้งครรภ์มาแล้วหลายครั้ง (พรรณี นุ่นประดับ, 2538: 50) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาน้อยกว่า 3.9 วัน (ตาราง 1) ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาระยะเวลาดังกล่าว เป็นเวลาน้อยจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของตนเองลดลงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาระยะเวลายาวนาน (เบญจวรรณ เอกะสิงค์, 2541: 67) และความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในครั้งนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกเครียดปานกลาง (ร้อยละ 59) (ตาราง 1) เนื่องจากว่าสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นั้นเป็นปัญหาทางภาวะสุขภาพ มีความรุนแรงที่คุกคามต่อตนเองและทารกในครรภ์ และไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะไม่เกิดขึ้นอีกแม้ว่าจะสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ในปัจจุบัน ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความคลุมเครือสงสัยในการตั้งครรภ์ของตนเองว่าจะสามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนดหรือไม่ กลัวทารกในครรภ์จะไม่ปลอดภัย ก่อให้เกิดความเครียด

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{x} = 43.08$, $SD = 7.30$) สามารถอธิบายได้ว่าในระหว่างที่สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการรักษ และได้รับยาช่วยยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด สตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากพยาบาลและแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการอาการแสดง การรักษา คำแนะนำ และการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง จากทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล (Mishel, 1988) กล่าวว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์และสนับสนุนที่มีผลโดยตรงต่อรูปแบบของสิ่งกระตุ้นทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตน และทารกในครรภ์ อีกทั้งสตรีตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์ลดน้อยลง และสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วยขณะตั้งครรภ์ มีการวางแผนให้สตรีตั้งครรภ์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ คลาสสัน (Clauson, 1996) ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับน้อยถึงปานกลางเช่นกัน

การสนับสนุนทางสังคมจากสามี

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากสามีอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 74.88$, $SD = 22.69$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จูติมา ลือประเสริฐ (Lueprasert, 2003) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและเข้ารับการรักษายู่ในระดับมาก และการสนับสนุนส่วนใหญ่ได้มาจากคู่สมรส ซึ่งคู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดที่สำคัญที่สุดในการให้การสนับสนุนทางสังคม (Primomo, Yates & Wood, 1990) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ถือว่าเป็นภาวะเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการได้รับการยอมรับจากคู่สมรส จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ และมีความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้ (พรณี นุ่นประดับ, 2538; อรทัย ธรรมกันมา, 2540) ด้านการประเมินคุณค่าจากบุคคล ทำให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจในเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นการเสริมแรงและคอยกระตุ้นในการตัดสินใจ ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจในตนเองมากขึ้น สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้ดี (Lieberman, 1986; พรณี นุ่นประดับ, 2538; อรทัย ธรรมกันมา, 2540) ด้านข้อมูลข่าวสารจะเป็นแรงสนับสนุนให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้น โดยพยายามแก้ไขปัญหา และช่วยให้บุคคลพร้อมที่จะปรับตัว เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้อย่างเหมาะสม (ราตรี เทียงจิตต์, 2534, พรณี นุ่นประดับ, 2538) ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนด้านการกิจประจำวัน ด้านวัสดุเงินทอง เวลาและแรงงาน ทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (ราตรี เทียงจิตต์, 2534: จุฑาทิพย์ ชื้อสัตย์, 2537) ดังนั้นเมื่อการตั้งครรภ์ครั้งนี้ มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามี และบุคลากรทีมสุขภาพ ในการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสาร การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งแหล่งประโยชน์และสนับสนุนมีส่วนช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเครียดและมีการปรับตัวที่เหมาะสม (Andrew & Roy, 1991: 17)

การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล โดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 145$, $SD = 21.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประนอม ภูศรีทอง (2536) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อสตรีตั้งครรภ์มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เป็นภาวะการรับรู้ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจการให้ความหมายหรือคุณค่า ไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ เนื่องจากขาดตัวชี้นำหรือสิ่งที่สามารถบ่งบอกได้อย่างเพียงพอ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์และสนับสนุน ที่สามารถอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการอาการแสดง การรักษา คำแนะนำ และการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 89.41$, $SD = 11.14$) ดังนั้นเมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคลากรทีมสุขภาพ ในการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสาร การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งแหล่งประโยชน์และสนับสนุนมีส่วนช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเครียดและมีการปรับตัวที่เหมาะสม (Andrew & Roy, 1991: 17)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การศึกษานี้พบว่าคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 89.41$, $SD = 11.14$) (ตาราง 3) อาจเป็นเพราะการที่บุคคลรับรู้ลักษณะของความเจ็บป่วยจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้น เกิดขึ้นกะทันหัน ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถสร้างความชัดเจนและระบุความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ เกิดความคลุมเครือสงสัยในการตั้งครรภ์ของตนเองว่าจะสามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนดหรือไม่ กลัวทารกจะไม่ปลอดภัย ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถแยกประเภทของความรู้สึกของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์และทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจากพยาบาล และแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการอาการแสดง

การรักษา คำแนะนำ และการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งสตรีครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์ลดน้อยลง และมีการวางแผนให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วยขณะที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นกับตน และทารกในครรภ์ชัดเจน ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดลดน้อยลง สามารถใช้ความคิดและตัดสินใจ ตลอดจนการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา นะรมรัมย์ (Naromrum, 2003) ในสตรีตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และบุษกร ประภาพรสุข (Prapapornsuk, 2001) ในสตรีที่มีบุตรยาก และกรองแก้ว ราษฎร์ดี (2550) ในสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน และเคลาสัน (Clauson, 1996) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนด ด้านความสามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.21) (ตาราง 3) เนื่องจากว่าสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดนั้นเป็นปัญหาทางภาวะสุขภาพ มีความรุนแรงที่คุกคามต่อตนเองและทารกในครรภ์ และไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะไม่เกิดขึ้นอีกแม้ว่าจะสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดได้ในปัจจุบัน ดังจะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอตก่อนกำหนดมักจะกลับเป็นซ้ำ และมีการคลอตก่อนกำหนดค่อนข้างสูง (Wirifai, 2004) ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความคลุมเครือสงสัยในการตั้งครรภ์ของตนเองว่าจะสามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนดหรือไม่ กลัวทารกในครรภ์จะไม่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ เอกะสิงห์ (2541) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตและโรคเบาหวาน และอรพิน เกตุแก้ว (2541) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และกรองแก้ว ราษฎร์ดี (2550) ในสตรีตั้งครรภ์ขณะรอตรวจคัดกรองเบาหวาน ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนด้านความสามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยมากที่สุดเช่นกัน

การเผชิญความเครียด

การศึกษารังนี้พบว่า คะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 108.58$, $SD = 17.05$) (ตาราง 4) กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน คือ ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านบรรเทาความรู้สึกสังเกตได้จากค่าคะแนนที่ได้จริงของแต่ละด้าน พบว่าไม่มีด้านใดที่ได้คะแนนที่ได้จริงต่ำสุด ซึ่ง

สอดคล้องกับคำกล่าวของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ที่ว่าบุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ($\bar{x} = 44.9$, $SD = 7.19$, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.45) รองลงมาคือด้านบรรเทาความรู้สึก ($\bar{x} = 18.54$, $SD = 4.34$, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.22) และด้านการจัดการกับอารมณ์ ($\bar{x} = 45.13$, $SD = 7.72$, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.65) (ตาราง 4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชกร ประภาพรสุข (Prapapornsuk, 2001) และกาญจนา นระมรัมย์ (Naromrum, 2003) และพรณี ฐัน ประดับ (2538) และเบญจวรรณ เอกะสิงห์ (2541) และปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) และกรองแก้ว ราษฎร์ดี (2550) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด การเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและจำเป็นสำหรับการเผชิญปัญหา (Jalowiec & Power, 1981: 10-15) ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดเป็นความพยายามของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและการกระทำ ซึ่งจะต้องใช้ความสามารถและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดหรือการประเมินด้วยสติปัญญา (Lazarus & Folkman, 1984: 31-38) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 20-34 ปี (ร้อยละ 55) ซึ่งเป็นวัยที่มีความมั่นคงทางอารมณ์และมีความสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ทำให้มีการแก้ไขปัญหาอย่างรอบคอบ (Siruang, 2002: 65) และมีระดับการศึกษาเทียบเท่ากับจำนวนปีการศึกษา 9 ปี ทำให้สตรีดังกล่าวสามารถใช้ความคิด การวินิจฉัย ไตร่ตรองและตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984: 108-113)

สำหรับการศึกษานี้เห็นผลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา เพราะภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญที่จะต้องได้รับคำแนะนำ การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลและแพทย์ และสตรีดังกล่าวจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ทำให้สตรีดังกล่าวต้องใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา มุ่งควบคุมสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น จึงเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมไม่มีผลกระทบต่อตนเอง บุคคลอื่น และเป็นประโยชน์ต่อทารกในครรภ์มากที่สุด

การทดสอบสมมติฐานข้อ 1 ปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ อายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคมจากสามี และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานเพียงบางส่วน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลเพียงตัวแปรเดียวเท่านั้น ที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ร้อยละ 26.1 ($R^2 = .261$, $F_{(1,98)} = 34.65$, $p < .01$) (ตาราง 6) เมื่อพิจารณาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.51$, $p < .01$) (ตาราง 6) นั่นคือการสนับสนุนทางสังคมที่มีมากจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดน้อยลง ดังจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 145$, $SD = 21.01$, $Skewness = -.17$) ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดมีระดับปานกลาง ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอน เป็นภาวะการรับรู้ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจการให้ความหมายหรือคุณค่า ไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ เนื่องจากขาดตัวชี้้นำหรือสิ่งที่สามารถบ่งบอกได้อย่างเพียงพอ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์และสนับสนุน ที่สามารถอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดง การรักษา คำแนะนำ และการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า สนับสนุนทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988)

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ได้แก่ อายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคมจากสามี ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

อายุ จากการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.06$, $p > .05$) (ตาราง 5) ไม่สามารถร่วมทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ แสดงให้เห็นว่าอายุไม่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ทั้งนี้เนื่องจากว่าสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นั้นเป็นปัญหาทางภาวะสุขภาพ มีความรุนแรงที่คุกคามต่อตนเองและทารกในครรภ์ และไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะไม่

เกิดขึ้นอีกแม้ว่าจะสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ในปัจจุบัน ดังจะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดมักจะกลับเป็นซ้ำ และมีการคลอดก่อนกำหนดค่อนข้างสูง (Wirifai, 2004) ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความคลุมเครือสงสัยในการตั้งครรภ์ของตนเองว่าจะสามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนดหรือไม่ กลัวทารกในครรภ์จะไม่ปลอดภัย ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถใช้แหล่งสนับสนุนภายในเพื่อประเมินข้อมูลและการแปลความหมายต่อเหตุการณ์นั้นได้ ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันของสตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคลาสัน (Clauson, 1996) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19, p > .05$) (ตาราง 5) ไม่สามารถร่วมทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด สามารถอธิบายได้ว่าในระหว่างที่เข้ารับการรักษา สตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากพยาบาลและแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการอาการแสดง การรักษา คำแนะนำ และการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในการรักษาที่ตนได้รับ ทำให้รับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์มีความชัดเจนมาก ซึ่งอาจแปล ความหมายได้อีกทางหนึ่งว่า การรับรู้ความรุนแรงที่ชัดเจนมาก ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดชัดเจนมากขึ้นด้วย จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ ไม่เกี่ยวข้อง กับ ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ชัดเจน มีความสัมพันธ์ และทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง (อังคณา นวलय, 2535) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าตัวแปรที่เลือกศึกษาไม่เกี่ยวข้อง กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และไม่เป็นไปตามสมมติฐานดังกล่าวข้างต้น

การสนับสนุนทางสังคมจากสามี จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.01, p > .05$) (ตาราง 5) ไม่สามารถร่วมทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ไม่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

สามารถอธิบายได้ว่าสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรุนแรง คุกคามต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ลดความคลุมเครือของความเจ็บป่วยและช่วยให้เข้าใจความซับซ้อนของการรักษา ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงได้นั้นจะต้องเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ มากกว่าจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไป (Mishel, 1988) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเป็นปัญหาภาวะสุขภาพที่สำคัญ การสนับสนุนทางสังคมจากสามีไม่สามารถช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ลดความคลุมเครือของความเจ็บป่วยและช่วยให้เข้าใจความซับซ้อนของการรักษาได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจากสามีจึงทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญกร ประภาพรสุข (Prapapornsuk, 2001) ในสตรีที่มีบุตรยาก และ กาญจนา นะรมรัมย์ (Naromrum, 2003) ในสตรีตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

สมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวว่าปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลและความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถทำนายการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานเพียงบางส่วน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลเพียงตัวแปรเดียวเท่านั้น ที่สามารถทำนายการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ร้อยละ 5.5 ($R^2 = .055$, $F_{(1,98)} = 5.71$, $p < .01$) (ดังตาราง 7) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23$, $p < .05$) (ตาราง 5) แสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้มีพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม (Andrew & Roy, 1991: 17) ถ้าหากขาดการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดมากขึ้นหรือไม่สามารถแก้ไขความเครียดได้ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความล้มเหลวในการเผชิญความเครียด (Billing & Moos, 1980: 42) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาก่อน เมื่อเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะที่สตรีตั้งครรภ์ประสบอยู่ สามารถที่จะให้คำอธิบาย แนะนำ และ

ตอบสนองความต้องการในการจัดการกับความเครียดและวิตกกังวลทั้งในแง่บริบทของสถานการณ์ ความเจ็บป่วยในขณะนั้น และแนวทางการจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนได้ตรงตามความเป็นจริง ทำให้ความตึงเครียดด้านจิตใจลดลง จึงทำให้นุคลิกของการรับรู้ที่ดีเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมและสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น (Wortman, 1984 อ้างใน อารีรัตน์ แนวชาลี, 2550 : 66)

ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคมจากสามี และความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่สามารถร่วมกันทำนายวิธีการเผชิญความเครียดสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งอธิบายเหตุผลได้ดังนี้

อายุ จากการศึกษพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .05, p > .05$ (ตาราง 5) ไม่สามารถร่วมทำนายการเผชิญความเครียดได้ แสดงให้เห็นว่าอายุไม่มีผลต่อการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ทั้งนี้เนื่องกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55) (ตารางที่ 1) อยู่ในกลุ่มอายุ 20-34 ปี จึงเป็นผู้ที่มีความเป็นผู้ใหญ่ และมีความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งมีความสำคัญสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด และวัยผู้ใหญ่จะมีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ทำให้มีการพิจารณาอย่างรอบคอบ (Siruang, 2002: 65) ใช้เหตุผลในการวิเคราะห์สถานการณ์ และตัดสินใจมากขึ้น และส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์หลัง (ตาราง 1) ซึ่งมีบุตรมาแล้ว 1 คน อาจทำให้สตรีมองสถานการณ์ดังกล่าวว่าไม่ก่อให้เกิดความเครียด หรืออาจอธิบายได้ว่าสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นั้นเป็นปัญหาทางภาวะสุขภาพ มีความรุนแรงที่คุกคามต่อตนเองและทารกในครรภ์ ที่ต้องการการดูแลรักษาจากทางการแพทย์ และไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะไม่เกิดขึ้นอีกแม้ว่าจะสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ในปัจจุบัน ดังจะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยา ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดมักจะกลับเป็นซ้ำ และมีการคลอดก่อนกำหนดค่อนข้างสูง ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถใช้แหล่งสนับสนุนภายในด้านอายุเพื่อเผชิญความเครียดได้ ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันของสตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการศึกษพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .13, p > .05$) (ตาราง 5) ไม่สามารถร่วมทำนายการเผชิญความเครียดได้ แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บ

ครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่มีผลต่อการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด สามารถอธิบายได้ว่าสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นั้นเป็นปัญหาทางภาวะสุขภาพ มีความรุนแรงที่คุกคามต่อตนเองและทารกในครรภ์ ในระหว่างที่เข้ารับการรักษาสตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากพยาบาล และแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการอาการแสดง การรักษา คำแนะนำ และการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในการรักษาที่ได้รับ ทำให้รับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์มีความชัดเจนมาก จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ ไม่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ชัดเจน มีความสัมพันธ์ และทำนายพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง (อังคณา นวलय, 2535) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าตัวแปรที่เลือกศึกษาไม่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด และไม่ปฏิบัติตามสมมติฐานดังกล่าวข้างต้น

การสนับสนุนทางสังคมจากสามี จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.15, p > .05$) (ตาราง 5) ไม่สามารถร่วมทำนายการเผชิญความเครียดได้ แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ไม่มีผลต่อการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด สามารถอธิบายได้ว่าสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรุนแรง คุกคามต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ลดความคลุมเครือของความเจ็บป่วย ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความเครียดลดลงได้นั้น จะต้องเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่มากกว่าจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไป (Mishel, 1988) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเป็นปัญหาภาวะสุขภาพที่สำคัญ การสนับสนุนทางสังคมจากสามีไม่สามารถช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ลดความคลุมเครือของความเจ็บป่วย และความเครียดลดลงได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจากสามีจึงทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากสามีมีความสัมพันธ์ และทำนายการปรับตัว (ราตรี เทียงจิตต์, 2534) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าตัวแปรที่เลือกศึกษาไม่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด และไม่ปฏิบัติตามสมมติฐานดังกล่าวข้างต้น

ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับ

อารมณ์ และด้านบรรเทาความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24, p < .05, r = -.05, p > .05, r = .02, p > .05$) (ตารางที่ 5) ไม่สามารถร่วมทำนายการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้น ขึ้นอยู่กับผลลัพธ์ของการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอน ว่าเป็นอันตรายหรือเป็นโอกาส ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ลักษณะของบุคคล บุคลิกภาพ ความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อ ระดับสติปัญญา บริบทของเหตุการณ์นั้นๆ รวมทั้งแหล่งประโยชน์ทางสังคม และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ การเลือกวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด มีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของบุคคล และบริบทที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอน การศึกษาครั้งนี้ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีภาวะภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดคิดว่าจะเกิดขึ้น และสตรีตั้งครรภ์ไม่เคยประสบมาก่อน ไม่สามารถคาดเดาความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับตน และทารกในครรภ์ได้ แต่สตรีตั้งครรภ์ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาที่ตนได้รับอย่างต่อเนื่องจาก พยาบาล แพทย์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในการรักษา ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ว่าเป็นโอกาสและเป็นทางเลือกสำหรับตน ทำให้เลือกวิธีการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ อายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ณ โรงพยาบาลกลาง วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ระหว่างเดือนเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2552 จำนวน 100 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) และการทบทวนเอกสารงานวิจัย เมื่อนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .79

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ของ กาญจนา บุญทับ (2534) ที่แปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบวัดพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม (Support Behavior inventory) ที่สร้างโดย บราวน์ (Brown, 1986) เมื่อนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .98

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในห้องคลอด ของ ประนอม ภูศรีทอง (2337) ที่ได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการดูแลของลาร์สัน (Larson, 1989) เมื่อนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .92

5. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือมาจากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของ บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ (2533) ที่แปลมาจากแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel Uncertainty In Illness Scale: MUIS) ของมิเชล (Mishel, 1990) เมื่อนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .80, .71, .72, .70 ตามลำดับ

6. แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ ปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) ที่ปรับปรุงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) เมื่อนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ด้านที่ 1 เท่ากับ .75 ด้านที่ 2 เท่ากับ .70 และด้านที่ 3 เท่ากับ .77

ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยครั้งนี้จากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลกลาง คณะอนุกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร และจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร รวมทั้งได้รับการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษานี้และลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มเข้าร่วมงานวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวัน เวลา 09.00 - 11.00 น.

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่ามีเพียงการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลตัวแปรเดียวเท่านั้น ที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ร้อยละ 26 ($R^2 = .26$, $F_{(1,98)} = 34.65$, $p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล สามารถทำนายวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ร้อยละ 5.5 ($R^2 = .055$, $F_{(1,98)} = 5.71$, $p < .01$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากสามีของกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงไม่เป็นแบบโค้งปกติทำให้ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการถดถอยจึงทำให้ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมีความน่าเชื่อถือลดน้อยลง
2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ไม่ได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง (randomize sampling) อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในประชากรที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยังการเจ็บครรภ์คลอด ที่มีคุณสมบัติแตกต่างกันได้
3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามีที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการสนับสนุนทางสังคมทั่วไป ซึ่งไม่เจาะจงกับภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงมีข้อจำกัดในการอธิบายการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยังการเจ็บครรภ์คลอด
4. ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่สามารถขับยังการเจ็บครรภ์คลอดได้ อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในประชากรที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยังการเจ็บครรภ์คลอด ที่มีสถานการณ์แตกต่างกันได้
5. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการ ณ หอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษ อาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยเฉพาะการตอบเรื่องการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ทำให้อาจเกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในด้านการศึกษาพยาบาล ด้านการศึกษา และด้านการวิจัย ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยังการเจ็บครรภ์คลอด ตั้งแต่แรกเมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับยาขับยังการเจ็บครรภ์คลอด และติดตามต่อเนื่องตลอดจนสิ้นสุดการได้รับยาขับยังการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อให้ทราบถึงแนวโน้มของปัญหาทางด้านจิตใจ สามารถวางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยังการเจ็บครรภ์คลอดแต่ละราย และสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยังการเจ็บครรภ์คลอดสามารถปรับตัวและเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

2. ควรมีการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้านความสามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ โดยให้ความรู้ในเรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แนวทางในการรักษา การดำเนินโรคของภาวะเจ็บครรภ์คลอด และโอกาสกลับมาเป็นซ้ำของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ถูกต้องอยู่บนพื้นฐานที่เป็นไปได้

ด้านการศึกษา

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเองหรืออันตรายต่อตนเองนั้น ต้องอาศัยแหล่งประโยชน์และสนับสนุนเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการประเมินตัดสินใจ และเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลควรมุ่งเน้นให้นักศึกษาเรียนรู้ และตระหนักถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะของปัญหาสุขภาพนั้น เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมทั้งสามารถช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เช่น จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประสบการณ์ในการคลอดก่อนกำหนด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2. ควรพัฒนาการศึกษาครั้งต่อไปในรูปแบบของการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาถึงวิธีการหรือรูปแบบการพยาบาลที่ช่วยลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และสามารถช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

3. การนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามีไปใช้ ควรพิจารณาก่อนนำไปใช้ เนื่องจากข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กันมากซึ่งทำให้เกิดความซ้ำซ้อนกัน พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ที่สูงมากเท่ากับ .98

ความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์

THE PREDICTABILITY OF SELECTED FACTORS ON UNCERTAINTY IN PRETERM LABOR PAIN AND COPING OF PREGNANT WOMEN WITH TOCOLYSIS

เพชรทอง นิมศิริ 4936994 RAMN/M

พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ศรีสมร ภูมณสกุล, D.N.S., อรพินธ์ เจริญผล, M.Ed.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์เป็นขั้นตอนพัฒนาการที่สำคัญในชีวิต การตั้งครรภ์ที่ครบกำหนดและสามารถให้กำเนิดบุตรที่มีสุขภาพแข็งแรงปราศจากความผิดปกติ เป็นผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ทุกคนในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ต้องการ (Richardson, 1987: 20) การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์ 20-37 สัปดาห์ จึงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่งทางสูติศาสตร์ ที่อาจขัดขวางการดำเนินการตั้งครรภ์ไม่ให้เป็นไปตามปกติ และเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80 (ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์, 2546: 27) ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของการเกิดทารกน้ำหนักน้อย การตายปริกำเนิด และเป็นตัวชี้วัดสถานะสุขภาพของประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) โดยเป็นสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดได้ถึงร้อยละ 60 ของทารกคลอดก่อนกำหนด (Goldenberg, 2002) ในประเทศไทยปีงบประมาณ 2544-2546 พบทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นร้อยละ 13.35, 10.38, 10.76 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของทารกปริกำเนิด (กองสถิติกระทรวงสาธารณสุข, 2547) ในสหรัฐอเมริกาการคลอดก่อนกำหนดพบได้ประมาณร้อยละ 6.8-11 (Cunningham, 2001) และในปี ค.ศ. 2003 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.3 (Bailil & Votruba, 2007: 219) ส่วนในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกันไปตามแต่ละกลุ่มประชากร ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครปี 2549 เช่น

โรงพยาบาลกลางพบได้ร้อยละ 10.68 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลพบได้ร้อยละ 14.30 โรงพยาบาลตากสินพบได้ร้อยละ 5.02 และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์พบได้ร้อยละ 10.01

สตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่มักจะต้องได้รับการรับตัวเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ยับยั้งการคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ครอบครัว และสังคม ทั้งจากความไม่สุขสบายจากการหดตัวของมดลูก หรืออาการข้างเคียงขณะได้รับยา ยับยั้งการคลอด (Dickson, Silverman & Schult, 1994: 549; Coster Schulz & Mackey, 1998) และผลจากกระบวนการรักษา ในส่วนของคู่สมรสเอง จะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวลและความเครียด เมื่อรู้ว่าภรรยาตนเองมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Hsieh, Kao & Gau, 2006) และทำให้คุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสลดลง (May, 1993; Maloni & Ponder, 1997; Maloni & Kutil, 2000) ในรายที่นอนโรงพยาบาลนาน สตรีตั้งครรภ์ต้องหยุดงานหรือออกจากงานทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากสตรีตั้งครรภ์บางรายจะต้องจ้างพี่เลี้ยงบุตร หรือไปฝากเลี้ยงตามสถานที่รับเลี้ยงเด็ก รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามีต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของครอบครัว ส่งผลทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว (Coster Schulz & Mackey, 1998) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 820 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี (Nicholson, Frick & Power, 2000)

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ ถึงแม้ว่าจะได้มีการศึกษาถึงสาเหตุในการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้มีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาช่วยเหลือมาก ก็ไม่สามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้แน่นอน ดังนั้นในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยา ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด มักมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Taylor-Piliae & Molassiotis, 2001) เกิดความเครียดและวิตกกังวลทั้งในสตรีตั้งครรภ์เองและครอบครัว (Wong & Bramwell, 1992) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะรบกวนการทำงานของกระบวนการรู้คิด ขัดขวางการประเมินตัดสินใจต่อเหตุการณ์ ทำให้นักคลมีความยากลำบากและมีข้อจำกัดในการเผชิญความเครียดและการปรับตัว (Mishel, 1988) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการให้ความหมายของเหตุการณ์ที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงนั้นได้มีผู้ศึกษาไว้หลากหลาย เช่น การรับรู้ความรุนแรงของโรค อายุ การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (Braden, 1990a, 1990b cite in Mast, 1995: 13; Lueprasert, 2003) ซึ่งในการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสตรีตั้งครรภ์ต้องการการดูแลเอาใจ การสนับสนุนด้านเงินทองจากสามีมากที่สุด (Primomo, Yates &

Wood, 1990; Lueprasert, 2003) โดยเฉพาะต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญจากพยาบาลจะช่วยสนับสนุนการให้ความหมายเหตุการณ์ ทำให้เกิดความกระจ่างและชัดเจนต่อเหตุการณ์ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและอาการที่จะเกิดขึ้นตามมาแก่สตรีตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลง (Mishel, 1988)

นอกจากนี้บุคคลจะมีวิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการจัดการกับอารมณ์ ดังนี้ 1) การเผชิญที่มุ่งเน้นอารมณ์ 2) การเผชิญที่มุ่งแก้ไขปัญห (Mast, 1995) ดังรายงานการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยใช้วิธีการมุ่งแก้ไขปัญหและวิธีการจัดการกับอารมณ์ควบคู่กันไป แต่จะใช้วิธีการมุ่งแก้ไขปัญหามากที่สุด (เบญจวรรณ เอกะสิงห์, 2541) และสอดคล้องกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงขณะเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (ปิยะเนตร กาญจนเจริญ, 2541) อย่างไรก็ตามสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับขยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทุกราย และมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่รวดเร็วมีผลกระทบทั้งในตนเอง บุตรในครรภ์และครอบครัว จึงน่าจะมี ความแตกต่างในสถานการณ์ต้นเหตุของความรู้สึกไม่แน่นอนตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษา รายงานวิจัย ยังไม่พบการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับขยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสามารถในการทำนายของ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียด ของ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับขยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ช่วยเหลือสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์ลดความรู้สึกไม่แน่นอนและสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กรอบทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988: 225-231, 1990: 256-262; Mast, 1995: 5) และการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ภายใตกรอบแนวคิดของลาซาลัสและโพล์แมน เช่นเดียวกับแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1981s, 1988) กล่าวคือ

ความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) หมายถึง ภาวะการรับรู้ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจการให้ความหมายหรือคุณค่า ไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้และสามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ในอนาคตได้ เนื่องจากขาดตัวชี้หน้าหรือสิ่งที่สามารถบ่งบอกได้อย่างเพียงพอ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมี 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) 2) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) 3) การได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิม (Inconsistency of the information) 4) ความไม่สามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ (Unpredictability) ซึ่งรูปแบบของสิ่งกระตุ้นความสามารถในการรู้คิด และแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ เป็นปัจจัยแหล่งข้อมูลที่บุคคลใช้ในการแปลความหมายเหตุการณ์เจ็บป่วย ที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน

1. ปัจจัยด้านรูปแบบของสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) หมายถึงรูปแบบหรือโครงสร้างของสิ่งกระตุ้นที่บุคคลรับรู้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) รูปแบบของอาการแสดง (Symptom pattern) หมายถึง ระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องสม่ำเสมอของอาการแสดง ที่บุคคลเกิดการรับรู้และให้ความหมาย ซึ่งประเมินได้จากความรุนแรงของอาการ ความถี่ของการเกิดอาการ จำนวนครั้งที่เกิด ตำแหน่งและระยะเวลาที่เกิดความเจ็บป่วย โดยสถานการณ์หรือโรคที่ต้องเผชิญมีความรุนแรง ไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน 2) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (Event familiarity) หมายถึง ระดับของความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์นั้น ๆ หรือการรับรู้เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นซ้ำและมีความคล้ายคลึงกัน บุคคลจะเกิดการรับรู้และให้ความหมายได้ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง 3) ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง (Event Congruence) หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างเหตุการณ์ที่คาดหวังและเหตุการณ์ที่เป็นจริงที่บุคคลประสบในการเจ็บป่วย ถ้าเหตุการณ์ทั้งสองไม่สอดคล้องกันจะทำให้บุคคลไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ เกิดความสงสัย บุคคลจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ ส่งผลต่อระดับความรู้สึกไม่แน่นอน

2. ความสามารถในการรู้คิด (Cognitive capacity) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูลต่อเหตุการณ์ เมื่อบุคคลมีความสามารถในการรู้คิดเพิ่มขึ้นก็จะสามารถแปลความหมายของข้อมูลได้ดีขึ้น ถ้าความสามารถในการรู้คิดมีจำกัดจะลดความสามารถในการรับรู้รูปแบบของอาการแสดง

3. แหล่งประโยชน์และสนับสนุน (Structure provider) หมายถึง แหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วยอธิบายรูปแบบของสิ่งกระตุ้น ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้ ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรง คือ สามารถอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ส่วนทางอ้อมจะช่วยให้บุคคลให้ความหมายของรูปแบบอาการแสดงได้ชัดเจน ก่อให้เกิดความคุ้นเคยและสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ระดับการศึกษา (Education) จะช่วยให้บุคคลเข้าใจ

เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ส่งผลให้สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ บุคคลจะใช้ความรู้หรือข้อมูลที่ตนมีอยู่ในการวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะใช้เวลาในการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นน้อยกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ 2) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) สามารถป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยจะช่วยสนับสนุนการให้ความหมายเหตุการณ์ ทำให้เกิดความกระจ่างและชัดเจนต่อเหตุการณ์ ด้วยการพูดคุยปรึกษา การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กัน แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ลดความคลุมเครือของความเจ็บป่วยและช่วยให้เข้าใจความซับซ้อนของการรักษา ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง แรงสนับสนุนทางสังคมในที่นี้หมายถึง ครอบครัว ญาติ บุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน 3) บุคลากรทางสุขภาพที่เชื่อถือ (Credible authority) ความเชื่อถือ ความไว้วางใจที่มีต่อทีมบุคลากรทางสุขภาพโดยแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบสิ่งกระตุ้น โดยการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การรักษาและอาการที่จะเกิดตามมาแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์ และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เป็นจริง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง

เมื่อพิจารณาสถานการณ์เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทำให้สตรีตั้งครรภ์จะต้องประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กระบวนการตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของ มิเชล (Mast, 1995; Mishel, 1988, 2006 cited in Tomey & Alligood, 2006) ประกอบด้วย 1) การลงความเห็น (Inference) หมายถึง รูปแบบที่ใช้ประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยให้มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่ตนเคยประสบว่าเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ 2) การสร้างความเชื่อใหม่ (Illusion) หมายถึง การประเมินตัดสินในความเจ็บป่วย โดยการสร้างรูปแบบของความเชื่อใหม่ที่ชี้ให้เห็นถึงการสนับสนุนสถานการณ์ว่าเป็นไปในทางที่ดีหรือทางที่ตนต้องการเพื่อให้เกิดความหวัง และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าหรือห่างไกลจากเหตุการณ์ที่ถูกคุกคาม ปัจจัยที่มีผลต่อการลงความเห็นและการสร้างความเชื่อใหม่นั้นจะขึ้นอยู่กับ ลักษณะของบุคคล บุคลิกภาพ ความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อ ระดับสติปัญญา บริบทของเหตุการณ์นั้น ๆ รวมทั้งแหล่งประโยชน์ทางสังคม และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมานี้จะมีผลต่อการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งให้ผลลัพธ์ 2 ด้าน คือ 1) การประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย (Danger appraisal) เป็นผลมาจากการลงความเห็นทางด้านลบ เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา เป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ คุกคามความผาสุก มีทางเลือกจำกัดและไม่ปลอดภัย มี

ความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ร้าย 2) การประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาส (Opportunity appraisal) เป็นผลจากการลงความเห็นว่าคุณรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นทางเลือกที่ให้โอกาสที่ดีแก่ตนเอง หรืออาจเป็นผลจากการสร้างความเชื่อใหม่ เพื่อให้เกิดความหวังและความมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี ซึ่งสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมักถูกประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่อันตราย ไม่สามารถทำนายผลที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน และเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง ดังนั้นความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงถูกประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984: 85; Lazarus & Launier, 1978) บุคคลจึงใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับรู้ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังนี้ (Mast, 1995; Mishel, 1988, 2006 cited in Tomey & Alligood, 2006)

1. การเผชิญที่มุ่งแก้ไขปัญหา (problem focus) เมื่อประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตราย (Danger appraisal) จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดและควบคุมอารมณ์ คือ 1) การปรับเปลี่ยน (Mobilizing) โดยการเผชิญปัญหาโดยตรง การหลีกเลี่ยงหรือหาข้อมูลทางสุขภาพ 2) การควบคุมอารมณ์ (affect control) โดยการศรัทธา การปลดปล่อยและได้รับการสนับสนุนด้านการรับรู้

2. การเผชิญที่มุ่งเน้นอารมณ์ (emotion focus) เมื่อประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาส (Opportunity appraisal) จะใช้วิธีการเผชิญที่เรียกว่า ตัวกลาง (buffer) เพื่อยับยั้งรูปแบบตัวกระตุ้นที่เข้ามาใหม่เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน โดยการหลีกเลี่ยง (avoidance) เลือกที่จะไม่สนใจ (selective ignoring) การปรับลำดับความสำคัญ (reordering priority) หรือไม่รับรู้ว่าเป็นปัญหา (neutralizing) ถ้ารูปแบบการเผชิญปัญหามีประสิทธิภาพก็จะสามารถนำไปสู่การปรับตัวได้

จากการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ภายใต้กรอบแนวคิดของลาซาลัสและโฟล์แมน เช่นเดียวกับแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1981, 1988) พบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดมี 3 ลักษณะดังนี้

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping behaviors) หมายถึงการมุ่งที่จะควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดี โดยพยายามหาวิธีต่าง ๆ ในการควบคุมปัญหาอาจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่

2. การจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping behaviors) หมายถึงการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจโดยที่สถานการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

3. การจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative or passive coping behaviors) หมายถึงการแก้ปัญหาโดยการควบคุมสถานการณ์และคิดหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหาโดยสถานการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่อการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด
2. ปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลและ ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถทำนายการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ณ โรงพยาบาลกลาง วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ระหว่างเดือนเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2552 จำนวน 100 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) และการทบทวนเอกสารงานวิจัย เมื่อนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .79

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ของ กาญจนา บุญทับ (2534) ที่แปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบวัดพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคม (Support Behavior inventory) ที่สร้างโดย บราวน์ (Brown, 1986) เมื่อนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .98

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในห้องคลอด ของ ประนอม ภูศิริทอง (2337) ที่ได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการดูแลของลาร์สัน (Larson, 1989) เมื่อนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .92

5. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือมาจากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของ บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ (2533) ที่แปลมาจากแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel Uncertainty In Illness Scale: MUIS) ของมิเชล (Mishel, 1990) เมื่อนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เท่ากับ .80 ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล .71 ด้านการได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิม .72 และด้านความสามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ .70

6. แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ ปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) ที่ปรับปรุงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) เมื่อนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ด้านเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ .75 ด้านจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .70 และด้านบรรเทาความรู้สึก เท่ากับ .77

ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยครั้งนี้ จากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร รวมทั้งได้รับการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้และลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มเข้าร่วมงานวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวัน เวลา 09.00 - 11.00 น. ที่หอผู้ป่วยห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอดโดยให้สตรีตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถาม หลังจากที่คุณพยาบาลได้ตรวจเยี่ยมอาการและอนุญาตให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 20-34 ปี (ร้อยละ 55) รองลงมาคือกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 33) และกลุ่มอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 12) ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 24 ปี ($\bar{x} = 24.58$, $SD = 7.29$) มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่ามากที่สุดร้อยละ 34 รองลงมาเป็นการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาพบร้อยละ 28 และมีเพียงร้อยละ 2 ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 49) และมีรายได้ 10,000 บาท/เดือน ($mode = 10,000$) รายได้ครอบคลุมเฉลี่ย 11,825 บาท/เดือน ($\bar{x} = 11,825$, $SD = 7826.84$) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์อยู่ในช่วงอายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ (ร้อยละ 91) และตั้งครรภ์ลำดับที่ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 42) ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจำนวน 3 วันมากที่สุด (ร้อยละ 42) และความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในครั้งนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกเครียดปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 59)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในช่วง 20-60 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.08 คะแนน ($\bar{x} = 43.08$, $SD = 7.30$, $Skewness = -0.21$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับ ปานกลาง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากสามีกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในช่วง 19-96 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 74.88 คะแนน ($\bar{x} = 74.88$, $SD = 22.69$, $Skewness = -1.54$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากสามีอยู่ในระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลโดยรวมอยู่ในช่วง 95-185 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 145 คะแนน ($\bar{x} = 145$, $SD = 21.01$, $Skewness = -0.17$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 100$)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	$\bar{x}$	SD	Skewness
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	12-60	20-60	43.08	7.30	-.21
การสนับสนุนทางสังคมจากสามี	16-96	19-96	74.88	22.96	-1.54
การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล	37-185	95-185	145	21.01	-.17

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับ 89.4 คะแนน ($\bar{x} = 89.41$, $SD = 11.14$, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.79) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์รายด้าน พบว่าด้านความสามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้มากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.21) รองลงมาด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.02) ด้านการได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างกันไป (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.68) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.18) ตามลำดับ ดังแสดง (ตาราง 2)

ตาราง 2 แสดงคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 100$)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	$\bar{x}$	SD	ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม	32-160	58-119	89.41	11.14	2.79
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	13-65	19-55	39.27	6.82	3.02
ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล	7-35	7-26	15.26	3.60	2.18
ด้านการได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างกันไป	7-35	9-31	18.82	4.27	2.68
ด้านความสามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้	5-25	5-25	16.06	3.02	3.21

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดโดยรวมเท่ากับ 108.58 คะแนน ($\bar{x} = 108.58$, $SD = 17.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ 44.90 คะแนน ($\bar{x} = 44.90$, $SD = 7.19$) ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ 18.55 คะแนน ($\bar{x} = 18.55$, $SD = 4.78$) และด้านบรรเทาความรู้สึกเท่ากับ 45.13 คะแนน ($\bar{x} = 45.13$, $SD = 7.72$) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.45) รองลงมาคือด้านบรรเทาความรู้สึก (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 3.22) และด้านจัดการกับอารมณ์ (ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 2.65) ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 3 แสดงคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ ของการเผชิญความเครียด ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 100$)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	$\bar{x}$	SD	ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์
การเผชิญความเครียดโดยรวม	34-170	63-148	108.58	17.05	
ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	28-62	44.90	7.19	3.45
ด้านจัดการกับอารมณ์	7-35	9-35	18.55	4.78	2.65
ด้านบรรเทาความรู้สึก	14-70	23-64	45.13	7.72	3.22

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลสามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ร้อยละ 26 ($R^2 = .261$, $F_{(1,98)} = 34.65$, $p < .01$) (ตาราง 4) ส่วนปัจจัยที่ทำนายการเผชิญความเครียด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลสามารถ ทำนายการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ร้อยละ 5.5 ($R^2 = .055$, $F_{(1,98)} = 5.71$, $p < .01$) (ดังตาราง 5)

ตาราง 4 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ใน การทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด (n = 100)

ลำดับ	ตัวแปร	β	R^2	R^2 Change	F	b	t
การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล		-.511	.261	.261	34.65	-.289*	-5.88*
Constant (a) = 131.13							
Overall F(1,98) = 34.65*							

* p<.01

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ใน การทำนายการเผชิญความเครียด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด (n = 100)

ลำดับ	ตัวแปร	β	R^2	R^2 Change	F	b	t
การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล		.235	.055	.045	5.718*	.203	2.391*
Constant (a) = 79.251							
Overall F(1, 98) = 5.718*							

* p<.01

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาอภิปรายผลให้สอดคล้องกับสมมติฐานในการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวว่า ปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานเพียงบางส่วน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลเพียงตัวแปรเดียวเท่านั้น ที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ร้อยละ 26.1 ($R^2 = .261$, $F_{(1,98)} = 34.65$, $p < .01$) (ตาราง 4) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้คือ การที่สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดว่าเป็นโอกาส หรืออันตรายนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย

แหล่งข้อมูลที่บุคคลใช้ในการแปลความหมายเหตุการณ์เจ็บป่วย ที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน คือ รูปแบบของสิ่งกระตุ้น ความสามารถในการรู้คิด และแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นภาวะการรับรู้ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจการให้ความหมายหรือคุณค่า ไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ เนื่องจากขาดตัวชี้นำหรือสิ่งที่สามารถบ่งบอกได้อย่างเพียงพอ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์และสนับสนุน ที่สามารถอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการอาการแสดง การรักษา คำแนะนำ และการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่าสนับสนุนทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988)

ส่วน อายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคมจากสามีไม่สามารถร่วมทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ เนื่องจากสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นั้นเป็นปัญหาทางภาวะสุขภาพ มีความรุนแรงที่คุกคามต่อตนเองและทารกในครรภ์ และไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะไม่เกิดขึ้นอีกแม้ว่าจะสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ในปัจจุบัน ดังจะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดมักจะกลับเป็นซ้ำ และมีการคลอดก่อนกำหนดค่อนข้างสูง (Wirirai, 2004) ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความคลุมเครือสงสัยในการตั้งครรภ์ของตนเองว่าจะสามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนดหรือไม่ กลัวทารกในครรภ์จะไม่ปลอดภัย ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถใช้แหล่งสนับสนุนภายในเพื่อประเมินข้อมูลและการแปลความหมายต่อเหตุการณ์นั้นได้ ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันของสตรีตั้งครรภ์จึงทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคลาสัน (Clauson, 1996) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ สามารถอธิบายได้ว่าในระหว่างที่เข้ารับการรักษาสตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากพยาบาล และแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการอาการแสดง การรักษา คำแนะนำ และการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในการรักษาที่ตนได้รับ ทำให้รับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์มีความชัดเจนมาก ซึ่งอาจแปล ความหมายได้อีกทางหนึ่งว่า การรับรู้ความรุนแรงที่ชัดเจนมาก ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อน

กำหนดชัดเจนมากขึ้นด้วย จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ ไม่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แต่จะสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่า (อังคณา นวलय, 2535)

และการสนับสนุนทางสังคมจากสามีไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ สามารถอธิบายได้ว่าสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรุนแรง ความเครียดต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ลดความคลุมเครือของความเจ็บป่วยและช่วยให้เข้าใจความซับซ้อนของการรักษา ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงได้นั้นจะต้องเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ มากกว่าจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไป (Mishel, 1988) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเป็นปัญหาภาวะสุขภาพที่สำคัญ การสนับสนุนทางสังคมจากสามีไม่สามารถช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ลดความคลุมเครือของความเจ็บป่วยและช่วยให้เข้าใจความซับซ้อนของการรักษาได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจากสามีจึงทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชกร ประภาพรสุข (Prapapornsuk, 2001) ในสตรีที่มีบุตรยาก และกาญจนา นะรมรัมย์ (Naromrum, 2003) ในสตรีตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

สมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวว่าปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลและ ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถทำนายการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลเพียงตัวแปรเดียวเท่านั้น ที่สามารถทำนายการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ร้อยละ 5.5 ($R^2 = .055$, $F_{(1,98)} = 5.71$, $p < .01$) (ตาราง 7) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23$, $p < .05$) (ตาราง 5) แสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้มีพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม (Andrew & Roy, 1991: 17) ถ้าหากขาดการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดมากขึ้นหรือไม่สามารถแก้ไขความเครียดได้ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความล้มเหลวในการเผชิญความเครียด (Billing & Moos, 1980: 42) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาก่อน

เมื่อเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความปลอดภัยของตนเอง และทารกในครรภ์ ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากพยาบาลที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะที่สตรีตั้งครรภ์ประสบอยู่ สามารถที่จะให้คำอธิบาย แนะนำ และตอบสนองความต้องการในการจัดการกับความเครียดและวิตกกังวลทั้งในแง่บริบทของสถานการณ์ความเจ็บป่วยในขณะนั้น และแนวทางการจัดการกับความวิตกกังวลที่ไม่แน่นอนได้ตรงตามความเป็นจริง ทำให้ความตึงเครียดด้านจิตใจลดลง จึงทำให้นุคนคลมีของการรับรู้ที่ดีเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมและสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น (Wortman, 1984 อ้างใน อารีรัตน์ แนวชาลี, 2550 : 66)

การที่อายุไม่มีผลต่อการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ทั้งนี้เนื่องจากว่าสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นั้นเป็นปัญหาทางภาวะสุขภาพ มีความรุนแรงที่คุกคามต่อตนเองและทารกในครรภ์ ที่ต้องการการดูแลรักษาจากทางการแพทย์ และไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะไม่เกิดขึ้นอีกแม้ว่าจะสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ในปัจจุบัน ดังจะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดมักจะกลับเป็นซ้ำ และมีการคลอดก่อนกำหนดค่อนข้างสูง ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถใช้แหล่งสนับสนุนภายในด้านอายุ เพื่อเผชิญความเครียดได้ ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันของสตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่สามารถทำนายการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ได้ สามารถอธิบายได้ว่าสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นเป็นปัญหาทางภาวะสุขภาพ มีความรุนแรงที่คุกคามต่อตนเองและทารกในครรภ์ ในระหว่างที่เข้ารับการรักษ สตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากพยาบาลและแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการอาการแสดง การรักษา คำแนะนำ และการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในการรักษาที่ตนได้รับ ทำให้รับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์มีความชัดเจนมาก จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ ไม่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ชัดเจน มีความสัมพันธ์ และทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง (อังคณา นวลยง, 2535) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าตัวแปรที่เลือกศึกษาไม่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด และไม่เป็นไปตามสมมติฐานดังกล่าวข้างต้น

การสนับสนุนทางสังคมจากสามี ไม่สามารถร่วมทำนายการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ได้ สามารถอธิบายได้ว่าสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นเป็น

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรุนแรง ความเครียดตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ลดความคลุมเครือของความเจ็บป่วย ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความเครียดลดลงได้นั้น จะต้องเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่มากกว่าจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไป (Mishel, 1988) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเป็นปัญหาภาวะสุขภาพที่สำคัญ การสนับสนุนทางสังคมจากสามีไม่สามารถช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ลดความคลุมเครือของความเจ็บป่วย และความเครียดลดลงได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจากสามีจึงทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากสามีมีความสัมพันธ์ และทำนายการปรับตัว (ราตรี เทียงจิตต์, 2534) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าตัวแปรที่เลือกศึกษาไม่เกี่ยวข้องกับวิธีการเผชิญความเครียด และไม่ปฏิบัติตามสมมติฐานดังกล่าวข้างต้น

ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่สามารถทำนายการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ได้ อธิบายได้ว่าการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้น ขึ้นอยู่กับผลลัพธ์ของการประเมินตัดสินใจ ความรู้สึกไม่แน่นอน ว่าเป็นอันตรายหรือเป็นโอกาส ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ลักษณะของบุคคล บุคลิกภาพ ความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อ ระดับสติปัญญา บริบทของเหตุการณ์นั้นๆ รวมทั้งแหล่งประโยชน์ทางสังคม และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ การเลือกวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับขยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด มีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของบุคคล และบริบทที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอน การศึกษาครั้งนี้ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดคิดว่าจะเกิดขึ้น และสตรีตั้งครรภ์ไม่เคยประสบมาก่อน ไม่สามารถคาดเดาความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับตน และทารกในครรภ์ได้ แต่สตรีตั้งครรภ์ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาที่ตนได้รับอย่างต่อเนื่องจาก พยาบาล แพทย์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในการรักษา ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงประเมินตัดสินใจ ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ว่าเป็นโอกาสและเป็นทางเลือกสำหรับตน ทำให้เลือกวิธีการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากสามีของกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงไม่เป็นแบบโค้งปกติ และใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ไม่ได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง (randomize sampling) อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำ

ผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในประชากรที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ที่มีคุณสมบัติแตกต่างกันได้

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามีที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการสนับสนุนทางสังคมทั่วไป ซึ่งไม่เจาะจงกับภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนั้นผลการศึกษาครั้งนี้จึงมีข้อจำกัดในการอธิบายการสนับสนุนทางสังคมจากสามี ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

3. ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในประชากรที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ที่มีสถานการณ์แตกต่างกันได้

4. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการ ณ หอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษา อาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยเฉพาะการตอบเรื่องการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ทำให้อาจเกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในด้านปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษา และด้านการวิจัย ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ตั้งแต่แรกเมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด และติดตามต่อเนื่องตลอดจนสิ้นสุดการได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อให้ทราบถึงแนวโน้มของปัญหาทางด้านจิตใจ สามารถวางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดแต่ละราย

2. ควรมีการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้านความสามารถในการทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ โดยให้ความรู้ในเรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แนวทางในการรักษา การดำเนินโรคของภาวะเจ็บครรภ์คลอด และโอกาสกลับมาเป็นซ้ำของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ถูกต้องอยู่บนพื้นฐานที่เป็นไปได้

ด้านการศึกษา

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเองหรืออันตรายต่อตนเองนั้น ต้องอาศัยแหล่งประโยชน์และสนับสนุนเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการประเมินตัดสินใจ และเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลควรมุ่งเน้นให้นักศึกษาเรียนรู้ และตระหนักถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะของปัญหาสุขภาพนั้น เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมทั้งสามารถช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เช่น จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประสบการณ์ในการคลอดก่อนกำหนด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2. ควรพัฒนาการศึกษาครั้งต่อไปในรูปแบบของการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาถึงวิธีการหรือรูปแบบการพยาบาลที่ช่วยลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และสามารถช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

3. การนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามีไปใช้ ควรพิจารณาก่อนนำไปใช้ เนื่องจากข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กันมากซึ่งทำให้เกิดความซ้ำซ้อนกัน พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ที่สูงมากเท่ากับ .98

THE PREDICTABILITY OF SELECTED FACTORS ON UNCERTAINTY IN PRETERM LABOR PAIN AND COPING OF PREGNANT WOMEN WITH TOCOLYSIS

THIANTHONG NIMSIRI 4936994 RAMN/M

M.N.S. (MATERNITY AND NEWBORN NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SRISAMORN PHUMONSAKUL, D.N.S.,
ORAPIN CHAREONPOL, M.Ed.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Pregnancy is a significant development stage in one's life. Full-term pregnancy and normal delivery of a healthy infant with no birth defects are desirable outcomes for all family members of pregnant women (Richardson, 1987: 20). Thus, preterm labor pain at the gestational age of 20-37 weeks is considered one of the most significant obstetric complications that might hinder normal pregnancy and delivery. It is also seen as a critical public health problem because it accounts for 50-80% of premature births (Thitiporn Ingkathawornwong, B.E. 2546: 27). In addition, it is also a frequent cause of underweight infants and perinatal mortality, and it is regarded as an indicator of the citizens' health status (Ministry of Public Health, B.E. 2547). In fact, preterm labor pain can account for as high as 60% of perinatal mortality among preterm infants (Goldenberg, 2002). As for Thailand, in the fiscal years 2001-2003, the prevalence rates of preterm infants were 13.35%, 10.38%, and 10.76% respectively, and preterm births rank third among the causes of perinatal mortality (Health Statistics Division, Ministry of Public Health, B.E. 2547). In the United States, the rates of preterm delivery ranged from 6.8% to 11% (Cunningham, 2001), and this increased to 12.3% in 2003 (Bailil & Votruba, 2007: 219). In Thailand, the

incidences of premature delivery vary among the population groups. For instance, at hospitals under the Bangkok Metropolitan Administration, the rate of premature births was 10.68% at Bangkok Metropolitan Administration General Hospital, 14.30% at Bangkok Metropolitan Administration Medicine College and Vajira Hospital, 5.02% at Taksin Hospital, and 10.01% at Charoenkrung Pracharak Hospital.

Pregnant women with preterm labor pain usually need to be hospitalized for prescription of tocolytic, which affects the pregnant women themselves, their families, and the society. The pregnant women in particular have to suffer from uncomfortable conditions caused by uterine contraction, side effects of tocolytic (Dickson, Silverman, & Schult, 1994: 549; Coster Schulz, & Mackey, 1998), and effects of the treatment process. As regards their spouses, they tend to experience uncertainty, worry, anxiety, and stress when they learn that their wives have preterm labor pain (Hsieh, Kao, & Gau, 2006), which can decrease the quality of the relationship between the couple (May, 1993; Maloni & Ponder, 1997; Maloni & Kutil, 2000). Some pregnant women have to stay at the hospital for a long period of time, so they have to take a leave from work or quit their job, so their family income will be decreased whereas the expenses are increased as they may have to hire a babysitter or sending their other children to a nursery. In addition to this, there are medical care costs due to treatment of preterm labor pain; thus, their husbands have to work more so as to be able to cover family expenses, leading to family stress (Coster Schulz & Mackey, 1998). In the United States, it has been found that nursing care spending for preterm labor pain of pregnant women amounts to over 820 million USD per year (Nicholson, Frick, & Power, 2000).

Preterm labor pain is an undesirable condition during pregnancy. Although causes of preterm labor pain have been investigated and considerably alleviated by several technologies, prevention of such condition could not be guaranteed. As a result, pregnant women with tocolytic usually feel uncertain about pregnant outcomes, and this can affect them physically and mentally (Taylor-Piliae & Molassiotis, 2001). Furthermore, pregnant women and their families may develop stress and anxiety (Wong & Bramwell, 1992). Uncertainty in illness may interrupt the cognitive process, hinder situation appraisal, and cause difficulties and limitations when individual have to cope and adjust themselves (Mishel, 1988). Numerous

studies have been carried out to explore factors affecting appraisal of the situation causing uncertainty and stress in high-risk pregnant women including perceived severity of disease, age, social support, etc. (Braden, 1990a, 1990b as cited in Mast, 1995: 13; Lueprasert, 2003). When having a high-risk pregnancy, pregnant women mostly need care, attention, and financial support from their husbands (Primomo, Yates, & Wood, 1990; Lueprasert, 2003), especially when they have to be hospitalized. Needed social support from nurses will then enable them to appraise the situation, making them understand the situation more clearly. In other words, when nurses provide pregnant women with information regarding the condition, treatment, and possible symptoms that may follow, the level of uncertainty in their illness can be reduced (Mishel, 1988).

Generally, individuals have different coping strategies to reduce uncertainty in illness and manage their emotions. Two major coping strategies are emotion-focused coping and problem-focused coping (Mast, 1995). A study conducted by Benjawan Ekasingh (B.E. 2541) has revealed that pregnant women with hypertension and diabetes use both problem-focused coping and emotion-focused coping, but they mostly prefer problem-focused coping. A similar finding has also been reported by Piyanet Kanchanacharoen (B.E. 2541) who conducted a study with high-risk pregnant women during hospitalization. However, all pregnant women with tocolytic who need to be hospitalized have to experience rapidly changing pathology, and this affects not only themselves but also their infants and their families. For this reason, there should be differences in the situation that causes uncertainty experienced by pregnant women and their families. However, an extensive review of research literature has shown that there is no research on uncertainty in illness and coping of pregnant women with tocolytic. Therefore, the researcher was interested in studying the predictability of perceived severity of preterm labor pain, age, spousal support, and social support from nurses on uncertainty in preterm labor pain and coping of pregnant women with tocolytic. It was anticipated that the study findings can be used as a guideline in devising nursing care plans to reduce uncertainty of pregnant women with preterm labor pain and to enable them to appropriately cope with stress.

Conceptual Framework of the Study

This study was conducted based on Mishel's theory of uncertainty in illness (Mishel, 1988: 225-231, 1990: 256-262; Mast, 1995: 5) and Jalowiec's theory of coping (Jalowiec, 1988) under the conceptual framework of Lazarus and Folkman (1984) and the uncertainty in illness model of Mishel (1981, 1988), which can be explained below.

Uncertainty refers to means the perceived condition when individuals are stimulated by an arousal or when they are in the situation in which they are unable to decide on the meaning or value, to identify the type of illness relevant to the situation, or to predict future outcomes due to lack of guidance or sufficient indication. There are four aspects of uncertainty in illness as follows: 1) ambiguity of the sickness, 2) complexity of the treatment and care system, 3) inconsistency of the information received, and 4) unpredictability of the sickness and treatment outcomes. Stimuli frame, cognitive capacity, and structure providers are information factors that individuals use to interpret and give meaning to the sickness situation that affects uncertainty.

1. Stimuli frame means the pattern or structure of the stimuli perceived by the individuals, consisting of three components as follows: 1) Symptom pattern means severity and continuity of symptoms that individuals perceive and interpret through the estimation of symptom severity, frequency, times, position, and duration. The situation or disease that individuals encounter have to be severe, ambiguous, or constantly changing so as to make individuals develop uncertainty; 2) Event familiarity means level of familiarity with each situation. In case of repeated and similar situations, individuals will be able to perceive and interpret the meaning of the situations, hence reduced uncertainty; and 3) Event congruence means congruence between the expected situation and the actual illness situation individuals are facing. If both situations are not congruent, individuals will not be able to predict future situations, so they develop doubt and uncertainty. These three components enable individuals to construct patterns of understanding of the situations, which in turn affects the level of their uncertainty.

2. Cognitive capacity means individuals's ability to interpret the situation. When individuals have more cognitive capacity, they will be better able to

interpret the information. On the other hand, if their cognitive capacity is limited, their ability to perceive symptom patterns will be reduced.

3. Structure provider means personal resources that help explain stimuli frame resulting in reduced uncertainty in illness, both directly and indirectly. Direct contribution is to be able to explain the situation, whereas indirect contribution is to enable individuals to interpret symptom patterns clearly, hence familiarization and ability to estimate the situation, with the following three components: 1) Education enables individuals to understand the disease and the treatment plan provided by healthcare team members, so they are able to interpret the situation. Individuals will generally utilize their knowledge or information they have to analyze stimuli in order to reduce feeling of uncertainty. Generally, highly educated individuals will need less time to interpret the situation than less educated individuals. 2) Social support can prevent uncertainty in illness, contributing to the situation interpretation and clarification of the situation through discussion among individuals. When individuals have interactions, social support will lead to accurate perception, reduce ambiguity of the illness situation, and increase understanding of complicated treatments, hence, reduction in uncertainty in illness. Social support in this context includes family, relatives, significant persons, as well as other patients with a similar disease. 3) Credible authority. In general, trust in healthcare team members, or doctors and nurses, can make the stimuli frame clearer by providing patients with information and advice on causes of the disease, treatment, and possible symptoms that may follow. As a result, patients became familiarized with the situation, and when the expected situation corresponds with the actual situation, patients' uncertainty will be reduced.

When encountering the situation of preterm labor pain, pregnant women will have to appraise the situation based on uncertainty due to preterm labor pain. According to Mishel's uncertainty in illness theory (Mast, 1995; Mishel, 1988, 2006 as cited in Tomey & Alligood, 2006), appraisal of uncertainty consists of the following: 1) Inference means the pattern that individuals use to appraise the uncertainty in illness by relating it with their past experiences to determine whether it is positive or negative. 2) Illusion refers to appraisal of illness by constructing a new pattern of beliefs with assumption that the situation is pleasant or desirable in order to create hope, self-esteem, and avoidance of the threatening situation. Factors affecting

opinions and new beliefs depend on personal characteristics, personality, knowledge, experiences, beliefs, intellectual level, and situational contexts, as well as social support and healthcare team members. These aforementioned factors affect the uncertainty appraisal of individuals, resulting in two outcomes: 1) Danger appraisal is a negative inference that diagnosis and treatment are an uncontrollable situation that threatens their happiness, comes with limited choices, and is an unsafe condition; thus, it is related to pessimism. 2) Opportunity appraisal comes after individuals have made the inference that uncertainty in illness provides them with good opportunities, or is possibly caused by illusion in order to gain hope and self-esteem; therefore, it is related to optimism. The uncertainty situation is usually considered a dangerous, unpredictable, and severe situation, so uncertainty in illness is considered a stressor (Lazarus & Folkman, 1984: 85; Lazarus & Launier, 1978). Generally, individuals use the following strategies to cope with stress caused by perceived uncertainty in illness (Mast, 1995; Mishel, 1988, 2006 as cited in Tomey & Alligood, 2006):

1. Problem-focused coping: After individuals appraise the uncertainty feeling as a danger, or danger appraisal, they will cope with stress and manage emotions by 1) mobilizing by directly facing the problem, avoiding, or seeking health information and 2) affect control through faith, release, and gaining perception support.

2. Emotion-focused coping: After individuals appraise the uncertainty feeling as an opportunity, or opportunity appraisal, they will utilize a coping strategy called a buffer in order to suppress new stimuli frame to reduce uncertainty through avoidance, selective ignoring, reordering priority, or neutralizing. If coping is effective, it can lead to adjustment.

A review of Jalowiec's concept of coping (Jalowiec, 1988) under the conceptual framework of Lazarus and Folkman (1984) and the uncertainty in illness model of Mishel (1981, 1988), it has been found that coping behaviors can be divided into three types as follows:

1. Confrontive coping behaviors refer to a focus on controlling problems or stressful situations in a positive way through several methods either by changing one's behaviors or by changing one's current environment.

2. Emotive coping behaviors refer to solving problems or situations that cause discomfort without changing current problems or situations.

3. Palliative or passive coping behaviors refer to solving problems by controlling the situations and finding ways to change problem perception without changing current problems or situations.

Objectives of the Study

1. To study uncertainty in preterm labor pain and coping of pregnant women with tocolytic

2. To study the predictability of selected factors, namely perceived severity of preterm labor pain, age, spousal support, and social support from nurses on uncertainty in preterm labor pain of pregnant women with tocolytic

3. To study the predictability of selected factors, namely perceived severity of preterm labor pain, age, spousal support, social support from nurses, and uncertainty in preterm labor pain on coping of pregnant women with tocolytic

Research Hypotheses

1. Selected factors, namely perceived severity of preterm labor pain, age, spousal support, and social support from nurses could predict uncertainty in preterm labor pain of pregnant women with tocolytic.

2. Selected factors, namely perceived severity of preterm labor pain, age, spousal support, social support from nurses, and uncertainty in preterm labor pain could predict coping of pregnant women with tocolytic.

Research Methodology

The sample in this study consisted of pregnant women who were diagnosed with preterm labor pain and were prescribed tocolytic at BMA General Hospital, Bangkok Metropolitan Administration Medicine College and Vajira Hospital, Taksin Hospital, and Charoenkrung Pracharak Hospital between July 2008 and January 2009. The total number of the subjects was 100 pregnant women. The sample was recruited by means of purposive sampling.

The research instruments included a set of six questionnaires as described below:

1. The demographic data questionnaire
2. The perceived severity of preterm labor pain questionnaire was designed by the researcher based on Becker's health belief model regarding perceived severity of the disease (Becker, 1974) and the literature review. When the questionnaire was used with 100 pregnant women with tocolytic, Cronbach's Alpha Coefficient was equal to 0.79.
3. The spousal support questionnaire was adapted by the researcher from the spousal support questionnaire designed by Kanchana Boontup (B.E. 2534) that was translated from Brown's support behavior inventory (Brown, 1986). When the questionnaire was used with 100 pregnant women with tocolytic, Cronbach's Alpha Coefficient was equal to 0.98.
4. The social support from nurses questionnaire was adapted by the researcher from the nurses' support behavior inventory developed by Pranom Poosrithong (B.E. 2537) based on Larson's caring theory (Larson, 1989). When the instrument was used with 100 pregnant women with tocolytic, Cronbach's Alpha Coefficient was equal to 0.92.
5. The uncertainty in preterm labor pain questionnaire was adapted by the researcher from the uncertainty in illness questionnaire designed by Boonchan Wongsunopparat (B.E. 2533) that was translated from Mishel's Uncertainty in Illness Scale: MUIS (Mishel, 1990). When the instrument was used with 100 pregnant women with tocolytic, Cronbach's Alpha Coefficient was equal to 0.80 for the ambiguity domain, 0.71 for the complexity domain, 0.72 for the inconsistency of the information domain, and 0.70 for the unpredictability domain.
6. The coping questionnaire was adapted by the researcher from the coping behavior assessment form designed by Piyanate Kanchanacharoen (B.E. 2541) based on Jalowiec's coping behavior assessment form (Jalowiec, 1988). When the questionnaire was used with 100 pregnant women with tocolytic, Cronbach's Alpha Coefficient was 0.75 for the confrontive coping domain, 0.70 for the emotive coping domain, and 0.77 for the palliative coping domain.

Before collecting the data, the researcher asked for permission from the Human Research Ethics Committee of Bangkok Metropolitan Administration. Also, the study sample gave consent to participate in this research and signed the informed consent form before the commencement of data collection, which was conducted at the antepartum patient unit and postpartum patient unit every day from 09:00 a.m. to 11:00 a.m. Pregnant women were required to respond to the items in the questionnaires after they received medical check-ups and were allowed to be discharged from the hospital. The data collected from the subjects were then analyzed by using the SPSS program. The results of the study can be summarized as follows.

Results

More than half of the study sample, or 55%, were between 20 and 34 years old. This was followed by those who were younger than 20 years old (33%) and those who were older than 35 years old (12%), respectively, with the average age of 24 years ($\bar{x} = 24.58$; $SD = 7.29$). Approximately one-third of the study sample, or 34%, graduated with secondary education or equivalent, and a little more than one-fourth, or 28%, completed elementary education. Only 2% of the study sample graduated with a bachelor's degree or higher. In terms of occupation, almost half of the subjects, or 49%, worked as employees and earned about 10,000 baht per month (mode = 10,000). The average family income was equal to 11,825 baht per month ($\bar{x} = 11,825$; $SD = 7826.84$). In addition, when considering their state of pregnancy, it was found that almost of the sample, or 91%, had the gestational age of 24-34 weeks, and it was the first pregnancy for close to half of the subjects, or 42%. Almost half, or 42%, were hospitalized for three days. Finally, more than half of the study sample, or 59%, had moderate stress of uncertainty in preterm labor pain.

Furthermore, the subjects' scores of perceived severity of preterm labor pain ranged from 20 to 60 points, with the average score of 43.08 points ($\bar{x} = 43.08$; $SD = 7.30$; Skewness = $-.21$). This means that most of the study sample had a moderate level of perceived severity of preterm labor pain. As for spousal support, the sample had the scores ranging from 19 to 96 points, with the average score of 74.88 points ($\bar{x} = 74.88$; $SD = 22.69$; Skewness = -1.54), thus indicating that most of

the sample had a high level of spousal support. Moreover, the sample had the scores of 95-185 points when it came to social support from nurses, with the average score of 145 points ($\bar{x} = 145$; $SD = 21.01$; $Skewness = -.17$), thus indicating that most of the study sample had a high level of social support from nurses (Table 1).

Table 1 Potential scores, actual scores, means, and standard deviations of perceived severity of preterm labor pain, spousal support, social support from nurses, and uncertainty in preterm labor pain of the study sample (n = 100)

Variables	Potential scores	Actual scores	$\bar{x}$	SD	Skewness
Perceived severity of preterm labor pain	12-60	20-60	43.08	7.30	-.21
Spousal support	16-96	19-96	74.88	22.96	-1.54
Social support from nurses	37-185	95-185	145	21.01	-.17

According to the study findings, the mean score of uncertainty in preterm labor pain of the study sample was equal to 89.4 points ($\bar{x} = 89.41$; $SD = 11.14$; relative mean = 2.79). When considering the relative mean of each domain, it was found that the relative mean of the unpredictability domain ranked first (relative mean = 3.21), followed by the ambiguity domain (relative mean = 3.02), the inconsistency of the information domain (relative mean = 2.68), and the complexity domain (relative mean = 2.18), respectively, as shown in Table 2.

Table 2 Potential scores, actual scores, means, standard deviations, and relative means of uncertainty in preterm labor pain of the study sample (n = 100)

Variables	Potential scores	Actual scores	$\bar{x}$	SD	Relative means
Uncertainty in illness	32-160	58-119	89.41	11.14	2.79
Ambiguity	13-65	19-55	39.27	6.82	3.02
Complexity	7-35	7-26	15.26	3.60	2.18
Inconsistency of the information	7-35	9-31	18.82	4.27	2.68
Unpredictability	5-25	5-25	16.06	3.02	3.21

According to the study findings, the mean score of coping behavior was equal to 108.5 points ($\bar{x} = 108.58$; $SD = 17.95$). When considering the relative mean of each domain, it was found that the relative mean score of the confrontive coping was equal to 44.90 points ($\bar{x} = 44.90$; $SD = 7.19$), that of the emotive coping was 18.55 points ($\bar{x} = 18.55$; $SD = 4.78$), and that of the palliative coping was 45.13 points ($\bar{x} = 45.13$; $SD = 7.72$). When considering relative means, it was found that the sample mostly used confrontive coping (relative mean = 3.45), followed by palliative coping (relative mean = 3.22) and emotive coping (relative mean = 2.65), respectively (Table 3).

Table 3 Potential scores, actual scores, means, standard deviations, and relative means of coping behavior (n = 100)

Variables	Potential scores	Actual scores	$\bar{x}$	SD	Relative means
Coping behavior	34-170	63-148	108.58	17.05	
Confrontive coping	13-65	28-62	44.90	7.19	3.45
Emotive coping	7-35	9-35	18.55	4.78	2.65
Palliative coping	14-70	23-64	45.13	7.72	3.22

When the stepwise multiple regression was employed, it was found that social support from nurses could predict uncertainty in preterm labor pain of pregnant women with tocolytic by 26% ($R^2 = .261$, $F_{(1,98)} = 34.65$, $p < .01$) (Tables 4). As for the factors that could explain coping behavior, the results showed that social support from nurses was account for coping behavior of pregnant women with tocolytic by 5.5 % of variance explained ($R^2 = .055$, $F_{(1,98)} = 5.71$, $p < .01$) (Tables 5).

Table 4 Stepwise multiple regression analysis results of prediction of uncertainty in preterm labor pain of pregnant women with tocolytic (n = 100)

No.	Variable	β	R^2	R^2 Change	F	b	t
	Social support from nurses	-.511	.261	.261	34.65	-.289*	-5.88*
	Constant (a) = 131.13						
	Overall $F_{(1,98)} = 34.65^*$						

* $p < .01$

Table 5 Stepwise multiple regression analysis results of prediction of confrontive coping of pregnant women with tocolytic (n = 100)

No.	Variables	β	R^2	R^2 Change	F Change	b	t
	Social support from nurse	.235	.055	.045	5.718*	.203	2.391*
Constant (a) = 79.251							
Overall $F_{(1, 98)} = 5.71^*$							

* $p < .01$

Discussion

The researcher discussed the research results based on the research hypotheses previously formulated as follows:

Hypothesis One stated that selected factors, namely perceived severity of preterm labor pain, age, spousal support, and social support from nurses, could predict uncertainty in preterm labor pain. The results of this study only partially supported the hypothesis. It was found that only social support from nurses could predict uncertainty in preterm labor pain of pregnant women with tocolytic by 26.1% ($R^2 = .261$, $F_{(1,98)} = 34.65$, $p < .01$) (Table 4). Such finding could be explained that in general the danger or opportunity appraisal of uncertainty in preterm labor pain by pregnant women with tocolytic will likely depend on factors of information that individuals utilize to interpret their illness, and this results in uncertainty, namely stimuli frame, cognitive capacity, and structure provider. Uncertainty is the perceived condition which takes place when individuals are stimulated or find themselves in a situation in which they are unable to decide on the meaning or value, unable to identify the type of illness relevant to the situation, or unable to predict future outcomes due to lack of guidance or sufficient indications. In this regard, social support from nurses and healthcare team members is seen as a structure provider that helps explain the situation by providing individual patients with disease information, symptoms, treatment, advice, and continuous care. Thus, when the present study investigated the relationships between social support and uncertainty in preterm labor pain, the findings yielded support to Mishel's uncertainty in illness theory (Mishel, 1988).

It is worth noting that, on the other hand, age, perceived severity of preterm labor pain, and spousal support could not co-predict uncertainty in preterm labor pain. This may be because preterm labor pain is a severe health problem that is harmful to both pregnant women and their babies. It is unpredictable when preterm labor pain will occur again even though the current preterm labor pain can finally be suppressed. Existing evidence has shown that pregnant women with tocolytic usually encounter the same symptom and have a high tendency of preterm labor (Wirifai, 2004). As a result, pregnant women may wonder whether they can carry on their pregnancy until it is full-term pregnancy or not. They are also worried that their fetuses may be in danger. Such a situation makes pregnant women unable to utilize their internal resources to appraise and interpret the situation. Therefore, pregnant women tend to have similar uncertainty in preterm labor pain regardless of their age, as pointed out in the study of Clauson (1996) among high-risk pregnant women.

Regarding perceived severity of preterm labor pain, the study findings revealed that perceived severity of preterm labor pain could not predict uncertainty in preterm labor pain. One plausible explanation is that during hospitalization, pregnant women were provided with information about preterm labor pain continuously by nurses and doctors including of the disease, symptoms, treatment methods, as well as advice and continuous care. As a consequence, pregnant women are confident with the provided treatment, leading to a high level of perceived severity they themselves and their fetuses are facing. Another explanation is that a very high level of perceived severity results in clearer uncertainty in preterm labor pain. Thus, perceived severity of preterm labor pain of pregnant women was found to be unrelated to uncertainty in preterm labor pain, but related to and could predict self-care behaviors of pregnant women (Angkana Nuanyong, B.E. 2535).

In addition, according to the findings, spousal support could not predict uncertainty in preterm labor pain. This could be explained that preterm labor pain is a severe situation that threatens both the pregnant women and their fetuses. Social support that can contribute to correct perception, reduce ambiguity, and make complexity understandable leading to reduced uncertainty in illness will have to be a kind of social support specific for the encountered illness rather than a general kind of social support (Mishel, 1988). Such a situation is considered a critical health

problem, and spousal support alone cannot help pregnant women develop correct perception, reduce ambiguity, and understand the complexity of the treatment. Therefore, it can be concluded that spousal support does not affect pregnant women's uncertainty in preterm labor pain. This finding confirms the findings reported by Bussakorn Prapapornsuk (B.E. 2544) who conducted a study with infertile women and Kanchana Naromrum (B.E. 2546) who carried out a study with pregnant women with cesarean section.

Hypothesis Two stated that selected factors consisting of perceived severity of preterm labor pain, age, spousal support, social support from nurses, and uncertainty in preterm labor pain could predict coping of pregnant women with tocolytic. The results of this study only partially supported the hypothesis. It was found that only social support from nurses could predict coping of pregnant women with tocolytic by 5.5 % ($R^2 = .055$, $F_{(1,98)} = 5.71$, $p < .01$) (as shown in Table 4). In other words, when pregnant women with preterm labor pain receive a high level of social support, they will be more likely to utilize confrontive coping. Accordign to Andrew and Roy (1991: 17), social support is like a resource that enables individuals to have appropriate adaptation. Therefore, lack of social support will cause an increase in stress or make individuals unable to cope with stress, possibly leading to coping failure (Billing & Moos, 1980: 42). In particular, inexperienced pregnant women who first experience preterm labor pain will be likely to develop uncertainty in their own and their fetuses' safety, and they can suffer from stress. Social support prescription from nurse have to knowlegable comprehension about women pregnant in situation is pleasant can help explanation and respond to needed coping behavior and anxiety in situation contexts of illness and approach to deal with uncertainty and therefore reduce mental stress. Put another way, when individuals have a good perception, they will be motivated to change their behavior and select appropriate coping methods, so they are better able to cope with stress (Wortman, 1984 as cited in Areerat Naewchalee, B.E. 2550: 66).

Furthermore, the study findings showed that age was not related to coping of pregnant women with tocolytic. One possible explanation is that preterm labor pain is a severe health problem that threatens pregnant women and their fetuses and that requires medical treatment from physicians. It is unpredictable when preterm

labor pain will take place again even though the current preterm labor pain can be suppressed. This is evidenced by the fact that pregnant women with tocolytic are generally likely to face the same symptom and be at a high risk of preterm labor. Such a situation prevents pregnant women from utilizing internal resources of age to cope with stress. Therefore, pregnant women with different age do not have different coping.

Furthermore, the study findings showed that age was not related to coping of pregnant women with tocolytic. This could be explained that preterm labor pain is a severe situation that threatens both pregnant women and their fetuses. During hospitalization, pregnant women receive information about preterm labor pain from nurses and doctors continuously including information about the disease, symptoms, and treatment methods, and they also receive advice and continuous care. Therefore, pregnant women may become confident with the treatment they are receiving. This can lead to a high level of perceived severity against themselves and their babies. Thus, pregnant women have a clear perception of severity of preterm labor pain, so perceived severity of labor pain was found to be unrelated to coping of pregnant women with tocolytic. This finding was congruent with the findings of a study conducted by Angkana Nuanyonng (B.E. 2535) which suggested that a clear perceived severity of disease was related to and could predict self-care behavior. Consequently, it can be concluded that the selected variables in this study were not related to coping, and the second study hypothesis was not supported.

In addition, according to the findings, spousal support could not predict coping of pregnant women with tocolytic. This could be explained that preterm labor pain is a severe situation that threatens both the pregnant women and their fetuses. Social support that can contribute to correct perception, reduce uncertainty in illness and stress will have to be a kind of social support specific for the encountered illness rather than a general kind of social support (Mishel, 1988). Such a situation is considered a critical health problem, and spousal support alone cannot help pregnant women develop correct perception, reduce uncertainty in illness and stress. Therefore, it can be concluded that spousal support does not affect pregnant women's of coping in preterm labor pain. This finding was congruent with the findings of a study conducted by Ratree Thiangjit (B.E. 2534) which suggested that spousal

support was related to and could predict adapt themselves. Consequently, it can be concluded that the selected variables in this study were not related to coping, and the second study hypothesis was not supported.

Furthermore, the findings indicated that uncertainty in preterm labor pain could not predict coping of pregnant women. This could be explained that coping that results from perceived uncertainty in preterm labor pain depends on the outcomes of uncertainty appraisal as a danger or as an opportunity. Factors affecting appraisal of uncertainty in preterm labor pain included personal characteristics, personality, knowledge, experience, belief, intellectual level, situational context, as well as social resources and healthcare team members. Choices of coping strategies of pregnant women with tocolytic can vary depending on individual characteristics and the context related to uncertainty. Even though preterm labor pain of the subjects in this study was seen as an unexpected situation, and pregnant women had never had any experience with this, nor were they able to predict the severity that might affect them or their fetuses, these women were admitted into and treated at a hospital, during which they continuously receive information relevant to their condition and the treatment they were receiving, so these pregnant women became confident in the treatment. For this reason, pregnant women appraised uncertainty in preterm labor pain as an opportunity, so their coping strategies did not differ.

Limitations of the Study

1. According to the study findings, the spousal support of the sample did not have a normal distribution curve, and the sample was chosen by means of purposive sampling, not by randomized sampling. Therefore, the findings of the study cannot be generalized to other groups of pregnant women with tocolytic who have different demographic characteristics.

2. The spousal support questionnaire employed in this study focused on general social support, not specific support for preterm labor pain. As a result, the findings of this study may have had certain limitations when they are used to explain spousal support of pregnant women with tocolytic.

3. According to the study findings, the study sample were pregnant women could current preterm labor pain can finally be suppressed. Therefore, the

findings of the study cannot be generalized to other groups of pregnant women with tocolytic who have different who have different situation.

4. According to the study findings, co-researchers were a nurse at the area of admission will be distort the response of social support from nurse questionnaire. Therefore, the findings of the study cannot be generalized

Recommendations

Based on the findings of this study, the following recommendations can be made in terms of nursing practices, nursing education, and nursing research:

For nursing practices

1. The uncertainty in preterm labor pain of pregnant women with tocolytic should be assessed since they are first diagnosed with preterm labor pain and as soon as tocolytic is prescribed. These pregnant women should be monitored continuously until at the end of tocolytic prescription. This is because nurses can better understand possible psychological problems these women may have, so they will be able to plan for nursing practices appropriate for each pregnant woman with tocolytic.

2. Should be encouraged in pregnant women were prescribed tocolytic, reduce uncertainty in preterm labor pain of unpredictability domain. They should receive correct knowledge about preterm labor pain, treatment, progress of disease, will occur again even though the current preterm labor pain.

For nursing education

The results of this study revealed that whether pregnant women with tocolytic would appraise uncertainty as an opportunity or as a danger depends on sources of social support including the structure provider. Thus, the appraisal and coping of pregnant women with preterm labor pain can vary depending on their sources of support. Therefore, a nursing curriculum should emphasize dissemination of knowledge to raise the nursing students' awareness of nursing care practices that can reduce pregnant women's uncertainty in preterm labor pain as well as to enable them to help pregnant women with tocolytic choose coping strategies more appropriately.

For nursing research

1. Further studies should be conducted to investigate other factors that may affect uncertainty in preterm labor pain and coping of pregnant women with tocolytic, such as number of pregnancies, experience with preterm labor, or self-esteem.

2. Quasi-experimental research should also be carried out to explore methods or patterns of nursing care practices that can help reduce uncertainty in preterm labor pain and enable pregnant women with tocolytic to adopt appropriate coping strategies. The findings of such research will then be used to develop a clinical nursing practice guideline to more efficiently and effectively provide care to pregnant women with tocolytic who suffer from preterm labor pain.

3. Consider before to lead the spousal support questionnaire because each items had relation very mush to be complex consider from Cronbach's Alpha Coefficient was higher equal to .98.

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2547). สถิติผลการปฏิบัติงานของงานอนามัยแม่และเด็ก ปีงบประมาณ 2544-2546. อุดรธานี.
- กรองแก้ว ราษฎร์ดี. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะรอตรวจ คัดกรองเบาหวาน กับการเผชิญความเครียด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2528). ทฤษฎีการพยาบาลของคิงในทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- กาญจนา บุญทับ. (2534). ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตตินันท์ สิทธิชัย. (2540). การรับรู้ภาวะสุขภาพการสนับสนุนจากคู่สมรสและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กันยา สุวรรณแสง. (2536). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2546). การใช้ SPSS windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- จตุพล ศรีสมบุรณ์ และชเนนทร์ วนาภิรักษ์. (2537). การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน ชีระพร วุฒยวนิช, ชีระ ทองสง และจตุพล ศรีสมบุรณ์. ตำราสูติศาสตร์ เล่มที่ 1. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จตุพล ศรีสมบุรณ์ และชเนนทร์ วนาภิรักษ์. (2539). การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน ชีระพร วุฒยวนิช, ชีระ ทองสง และจตุพล ศรีสมบุรณ์. ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: พี. บี. ฟอเรนบุ๊กสเซนเตอร์.
- จรรยา หน่อแก้ว. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด และปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จารุณี ลิขิตระกุล. (2541). การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิระเนาว์ ทศศรี. (2544). การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- จุฑาทิพย์ ช่อสัตย์. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉาวสันต์ จันทร์ชนะ. (2546). การรับรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชลดา จันทร์ขาว. (2541). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในหญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์. (2546). การพยาบาลภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤตในระยะคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 3. ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทศมา โรจนประดิษฐ์. (2541). ผลการสนับสนุนและให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจในการพยาบาลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีระ ทองสง และชนนทร์ วนาภิรักษ์. (2541). สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรนบุ๊กส์.
- ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อเจริญวิทย์, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ และกระเมียร ปัญญาคำเลิศ. (2549). สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์
- นฤมล ธีระรังสิกุล. (2545). การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด. พิมพ์ครั้งที่ 3. ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. กรุงเทพฯ: พี.เพรส. จำกัด.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). ระเบียบการวิจัยพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไออินเทอร์เน็ตมีเดีย.

- บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์. (2533). ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจวรรณ เอกะสิงห์. (2541). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประนอม ภูศรีทอง. (2536). พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้คลอดในโรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะเนตร กาญจนเจริญ. (2541). ความเครียด และการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงขณะพักรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พงษ์ ปทุมนากุล. (2537). การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน กนก สัจจ, ถวัลวงศ์ รัตนศิริ, วิฑูรย์ ประเสริฐเจริญสุข และโกวิท คำพิทักษ์. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พฤษ จันทร์ประภาพ, สายฝน ขวาลไพบูลย์ และอนวัธน์ สุตันทวิบูลย์. (2549). การเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด ใน มณี รัตนไชยยานนท์ และพัทยา เสงี่ยม. สูตินรีเวชทันยุค. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลิฟวิ่ง.
- พรรณี ฐันประดับ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. การดูแล. วารสารสภาพพยาบาล. 22 (มีนาคม 2531), 3-9.
- พัญญ พันธุ์บุรณะ. (2549). การคลอดก่อนกำหนดและการดูแลทารกแรกเกิดในเวชปฏิบัติ. ภาควิชาศาสตร์-นรีวิทยาคณะพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ. นนทบุรี: ไชน์เอช.
- พัญญ พันธุ์บุรณะ และวินิต พัวประดิษฐ์. (2540). การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labour). สูติศาสตร์รามาริบัติ 2. กรุงเทพฯ: โอเอสติกพับลิชชิง.

- ภาวิณี โภคสินจำรูญ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราตรี เทียงจิตต์. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพการสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลักขณา สุวะจันทร์. (2551). ความต้องการการดูแล การรับรู้พฤติกรรมการดูแล และความพึงพอใจในพฤติกรรมการดูแลที่ได้รับจากพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฤดี ปุ่งบางกระดี. (2540). การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วินิต พัวประดิษฐ์ และสมพล พงศ์ไทย. (2544). การใช้เกณฑ์เสี่ยงในการบริการอนามัยแม่และเด็ก. ใน มาณี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และสิงห์เพชร สุขสมpong. *สูติศาสตร์ร่วมสมัย*. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลิฟวิ่ง.
- ศิริพร ฉัตรโพธิ์ทอง. (2536). การพยาบาลเพื่อลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. *วารสารพยาบาล*, 42, 131-144.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2544). *การพยาบาลสูติศาสตร์ 1*. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง.
- สมทรง บุตรตะ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุรางค์ เปื้องเดช. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. (2545). *พระราชบัญญัติการศึกษาภาคบังคับ พ.ศ. 2545*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- อารีรัตน์ แนวชาลี. (2550). *ความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเครียดและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรทัย ธรรมกันมา. (2540). *การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพิน เกตุแก้วมณี. (2541). *การศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์เอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังคณา นวลขง. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Andrews, H.A., & Roy, S.C. (1991). *The Roy adaptation model: The definition statement*. Norwalk: Appleton & lange Company.
- Bailil, J.L., & Votruba, M.E. (2007). Medical cost savings associated with 17 alpha hydroxyprogesterone caproate. *AJOG*, 196(3), 219-220.
- Billings. G.A., & Moos, R.N. (1980). The role of coping response and social resources in attenuating the stress of life event. *Journal of Behavior Medicine*, 4(8), 139-157.
- Bonnema, J., Van, W., Van, G., Pruyn, J. F., Schmitz, P. I., Paul, M. A., et al. (1998). Medical and psychosocial effects of early discharge after surgery for breast cancer: Randomised trial. *British Medical Journal*, 316, 1267-1271.
- Braden, C.I. (1990). A test of the self help model: Learned response to chronic illness experience. *Nursing Research*, 39(1), 42-47.
- Becker, M.H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.

- Brown, M. A. (1986). Social support during pregnancy: A unidimensional or multidimensional construct. *Nursing Research*, 35(1), 4-9.
- Burroughs, A. (1997). *Maternal nursing: An introductory text*. 7th ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Human Sciences Press.
- Clauson, M. (1996). Uncertainty and stress in women hospitalized with a high risk pregnancy. *Clinical Nursing Research*, 5, 309-325
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderate of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(September-October), 300-301.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Coster Schulz, M.A., & Mackey, M.C. (1998). The Preterm Labor experience: A Balancing Act. *Clinical Nursing Research*, 7(4), 335-359.
- Cunningham, F. G., Gant, N. F., Leveno, K. J., Gilsstrap, L. C., Hauth, J. C., & Wenstrom, K. D. (2001). *Williams obstetrics*. New York: McGraw-Hill.
- Cunningham, F. G., Gant, N. F., Leveno, K. J., Gilsstrap, L. C., Hauth, J. C., & Wenstrom, K. D. (2005). *Williams obstetrics*. New York: McGraw-Hill.
- Creasy, R. K. (1993). Preterm birth prevention: Where are we. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 55, 692-695.
- Creasy, R.K., & Resnik, R. (1989). *Maternal – Fetal Medicine: Principles and Practice*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunder.
- Crowford, G. (1987). Supporting networks structure and health relate change in the elderly: Theory bared nursing strategies. *Family Community*, 10, 39-48.
- Daly, J., Elliott, D., Ameron-Traub, E., Salamonson, Y., Davidson, P., Jackson, D., Chin, C., & Wade, V. (2000). Health status, perception of coping, and social support immediately after discharge of survivors of acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care*, 9, 62-69.
- Dickason, E.J., Silverman, L., & Schult, M.O. (1994). *Maternal infant nursing care*. 2nd ed. St.Louis: Mosby year book.

- Eganhouse, D.J. (1994). A nursing model for community hospital preterm birth prevention program. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 23(9), 756-766.
- Eriksson, C., Westman, G., & Hamber, K. (2005). Experiential factor associated with childbirth-related fear in Swedish women and men. *Journal of Psychosomatic Obstetric, Gynecology*, 26(1), 63-72.
- Ford, M., & Hodnett, E. (1990). Predictors of adaptation in women hospitalized during pregnancy. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 22(4), 37-55.
- Freda, M. C. (2003). Nursing's contribution to the literature on preterm labor and birth. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32, 659-667.
- Fuch, A.R., Fuchs, F., & Stubblefield, P.G. (1993). *Preterm birth*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
- Gillbert, E.S. & Harmon, J.S. (1998). *High risk pregnancy and delivery*. St. Louis: The C.V.
- Goldenberg, R. L. (2002). The management of preterm labor. *Obstetrics & Gynecology*, 100, 1020-1037.
- Griffin, A.P. (1983). A philosophical analysis of caring. *Journal of Advance Nursing*, 8(July), 289-295.
- Gupton, A., & Heaman, M. (1994). Learning needs of hospitalized women at risk for preterm birth. *Applied Nursing Research*, 7, 118-124.
- Gupton, A., Heaman, M., & Ashcroft, T. (1997). Bed rest from the perspective of the high-risk pregnancy women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 26, 423-430.
- Gupton, A., Heaman, M., & Cheung. (2001). Complicated and uncomplicated pregnancy: Women's perception of Risk. *JOGNN*, 30(2), 192-201.
- Hatmaker, D.D., Kemp, V.H. (1988). Perception of threat and subjective well-being in low risk and high risk pregnancy women. *J Perinat Neonatal Nurs*, 12(2), 1-10.
- Heaman, M. (1992). Stress life event, social support and mood disturbance in hospitalized and nonhospitalized women with pregnancy induced hypertension. *The Canadian Journal Of Nursing Research*, 24(1), 23-37.
- Herron, M. A., Katz, M., & Creasy, R. K. (1982). Evaluation of a preterm birth prevention program: Preliminary report. *Obstetric Gynecology*, 59, 542-456.

- Holmes, J., & Margiera, L. (1987). *Maternity nursing*. New York: Macmillan publishing.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Hsieh, Y.H., Kao, C.H., & Gau, M.L. (2006). The lived experience of first-time expectant fathers whose spouses are tocolyzed in hospital. *Journal of Nursing Research*, 14(1), 65-74.
- Iams, J. D., Johnson, F. F., & Creasy, R. K. (1988). Prevention of preterm birth. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 31, 599-615.
- Jacobson, DE. (1986). Types and Timing of Social Support. *J of H and S Beb*, 27, 250-264.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In C. F. Waltz, & O. L. Strickland (Eds.), *Measurement of nursing outcome: Volume 1 measuring client outcomes*. New York: Springer.
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C., Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical care*. 15, 48-51.
- King, I.M. (1981). *A Theory of Nursing*. New York: John Wiely & Sons.
- Lapchem, P. (2007). *Relationships between selected factors, uncertainty in illness and parturition, social support and fear of childbirth among high-risk primiparous women*. The degree of Master of Nursing science (Maternal and Newborn Nursing). Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Lason, P.J. (1986). Cancer nurse's perception of caring. *Cancer nursing*, 9, February, 86-91.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). *Perspective in interaction psychology: Stress-related transaction between person and environment*. New York: Plenum.
- Lederman, R.P. (1984). *Psychosocial adaptation in pregnancy*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Leininger, M.M. (1981). *Caring: An Essential Human Need*. New Jersey: Charles B.Slack, Inc.
- Liberman, M.A. (1986). Social supports the consequences of psychologizing: a commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 461-466.
- Loos, C., & Julius, L. (1989). The client 's view of hospitalization during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 18(1), 52-56.
- Lowenkron, A.H. (1995). *Coping with stress of the premature labour: Dissertation Astrac International*. Indianna university school of nursing, 2(21), 134-141.
- Lueprasert, T. (2003). *The relationships between personal factors, self esteem, social support and stress during antepartum hospitalization in high-risk pregnancy women*. The degree

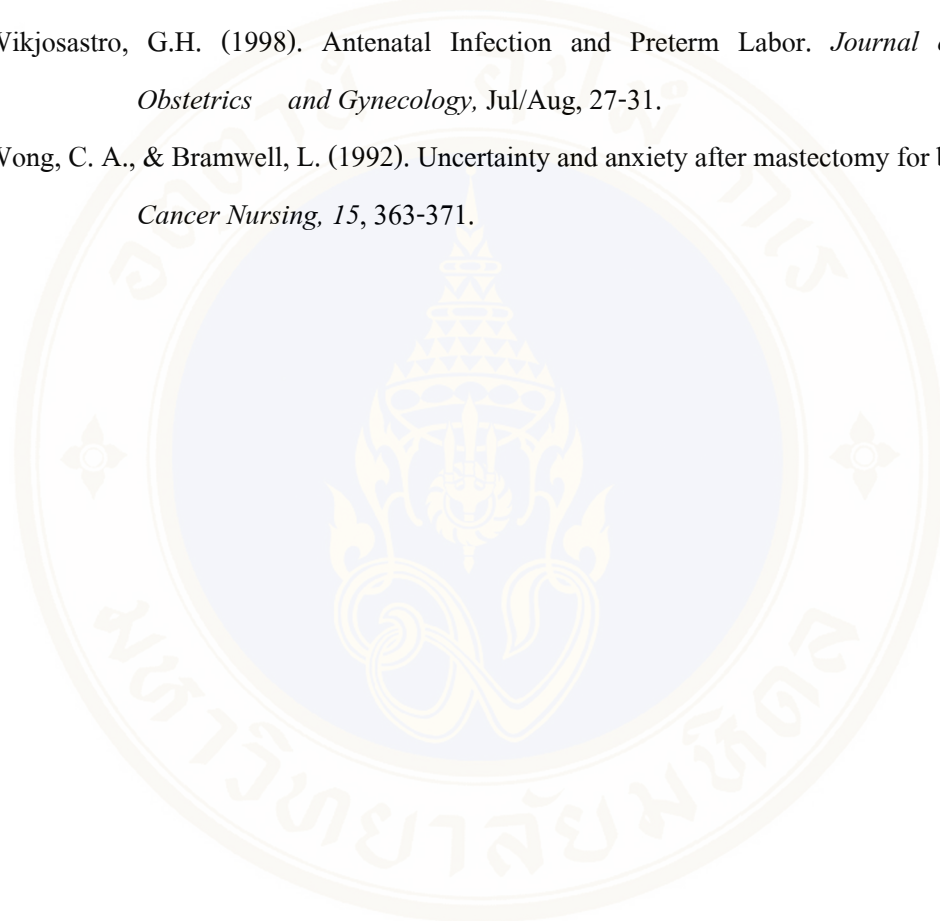
of Master of Nursing science (Maternal and Newborn Nursing). Faculty of Graduate studies, Mahidol University.

- Lynam, L. E., & Miller, M. A. (1992). Mother's and nurses perceptions of the needs of women experiencing preterm labour. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 21, 126-136.
- Mackey, M. C. & Coster-Schulz, M. A. (1992). Women's views of the preterm labor experience. *Clinical Nursing Research*, 4, 366-384.
- Mackey, M.C. & Coster – Schulz, M.A. (1998). The Preterm Labor Experience: A Balancing Act. *Clinical Nursing Research*, 7(4), 335-359.
- Mandeville, L.K., & Troiano, N.H. (1993). *High risk intrapartum nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Maloni, J. A., & Kutil, R. M. (2000). Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *Maternal-Child Nursing*, 25, 204-210.
- Maloni, J. A., & Ponder, M. B. (1997). Father's experience of their partner's antepartum bed rest. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 29, 183-188.
- Mast, M.E. (1995). Adult uncertainty in illness: A critical review of research.
- May, K. A. (1993). Impact of maternal activity restriction for preterm labor on the expectant father. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 23, 246-251.
- May, K. A. & Mahlmeister, L. R. (1990). *Comprehensive maternity nursing: Nursing process and the childbearing family*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott.
- May, K. A. & Mahlmeister, L. R. (1994). *Maternal and neonatal nursing: family-centered care*. 3rd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- McCain, G. C., & Deatrick, J. A. (1994). The experience of high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 23, 421-427.
- McDowell, L. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Melender, H.L. (2002). Experiences of Fear Associated with Pregnancy and Childbirth. *Birth*, 29(2), 101-111.
- Mercer, R. T. (1986). The relationship of developmental variables to maternal behavior. *Researchin Nursing & Health*, 9, 25-33.

- Mercer, R.T. & Ferketich, S.L. (1988). Stress and social support as of anxiety and depress during pregnancy. *Advance in Nursing Science*, 10(2), 26-39.
- Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30, 258-263.
- Mishel, M. H. (1984). Percieved uncertainty and stress in illness. *Research in Nursing and Health*, 7, 163-171.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 20, 225-232.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 22, 256-262.
- Mishel, M. H. & Epstein, D. (1990). *Uncertainty in illness Scale Manual*. College of Nursing University of Arizona.
- Mishel, M. H. & Sorenson, D.S. (1991). Uncertinty in gynecological cancer: A test of mediating function of mastery and coping. *Nursing Research*, 40(3), 167-171.
- Monahan, P.A. &Dejosph, J.F. (1991). The woman with Preterm labour at home: A descriptive analysis. *Journal of Perinatal and Neonatal nursing*, 4(4), 12-20.
- Morrison, J. C. (1990). Preterm birth: A puzzle worth solving. *Obstetrics and Gynecology*, 76, (Suppl. 1), 5s-12s.
- Murphy, P. A. (1993). Preterm birth prevention programs: A critique of current literature. *Journal of Nurse-Midwifery*, 38, 324-334.
- Naromrum, K. (2003). *The relationship among selected factor, social support, uncertainty, and coping strategies of pregnancy women waiting for elective cesarean section*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for degree of master of Nursing Science (Maternal and Newborn Nursing). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Nicholson, W. K., Frick, K. D., & Powe, N. R. (2000). Economic burden of hospitalization for preterm labor in the United State. *Obstetrics and Gynecology*, 96, 95-101.
- Pender, N.J. (1987). *Healthy Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. California: Appleton & Lange.
- Pilliteri, A. (1992). *Maternal and Child Health Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott
- Prapapornsuk, B. (2001). *Correlation among selected factors, marital relationship, perceived uncertainty and coping strategies in fertile women*. A thesis submitted in partial

- fulfillment of the requirements for degree of master of Nursing Science (Maternal and Newborn Nursing). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Primono, I., Yates, B.C., & Wood, N.E. (1990). Social support for women during chronic illness: The relation ship among sources and types Adjustment. *Research in Nursing and health*, 13, 153-161.
- Reeder, S.J., Matrin, L.L., & Koniak, D. (1992). *Maternity nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Ridchardson, P. (1987). Women' important relationships during pregnancy and The woman with event. *Western Journal of nursing Research*, 9(2), 203-222.
- Roy, C. and Andrew, H.A. (1991). *The Roy Adaptation Model: The definitive Statement*. New York: Appleton.
- Shellhaas, C. S., & Iams J. D. (2002). Ambulator management of preterm labor. *Ambulatory obstetrics*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sriruang, A. (2002). Marital relationship and paternal developmental tasks during the wife's pregnancy. The degree of Master of Nursing science (Maternal and Newborn Nursing). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Stainton, M.C., McNeil, D., & Harvey, S. (1992). Matrenal tasks of uncertain motherhood. *Maternal– Child Nursing Journal*, 20, 113-123.
- Stark, M. R. (2006). Directed attention in normal and high risk pregnancy. *JOGNN*, 35(2), 241-249.
- Taylor-Piliae, R. E., & Molassiotis, A. (2001). An exploration of the relationships between uncertainty, psychological distress and type of coping strategy among Chinese men after cardiac catheterization. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 79-88.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of Nursing*. Philadelphia: P.A. Davis Company.
- Theam, L.M. (1993). Problems of Low Birth Weight Infants. *Journal of Pediatrics Obstetric and Gynecology*, Nov/Dec, 5-10.
- The Cochrane Collaboration. (2006). The Cochrane Collaboration leaflet [Web Page].
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2006). *Nursing theorists and their work*. 6th ed. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Thompson, E.D. (1995). *Maternity and pediatric nursing*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.

- Webster, K. K., & Christman, N. J. (1988). Perceived uncertainty and coping post myocardial infarction. *Western Journal of Nursing Research*, 10, 384-400.
- Weiss, M. E., Saks, N. P., & Harris, S. (2002). Resolving the uncertainty of preterm symptoms: Women's experiences with the onset of preterm labor. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31, 66-76.
- Wikjosastro, G.H. (1998). Antenatal Infection and Preterm Labor. *Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology*, Jul/Aug, 27-31.
- Wong, C. A., & Bramwell, L. (1992). Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. *Cancer Nursing*, 15, 363-371.





ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามี
4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล
5. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
6. แบบสอบถามการเผชิญความเครียด

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

(ส่วนที่ 1 สำหรับสตรีตั้งครรภ์)

คำชี้แจง: กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับท่าน โดยทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่อง ☐ หน้าข้อ
คำถามที่ตรงกับตัวท่านหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี.....เดือน
2. ตั้งครรภ์ครั้งที่..... (รวมครั้งนี้)
3. ระดับการศึกษา
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมตอนต้น
☐ มัธยมตอนปลาย ☐ ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี
4. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
5. อาชีพ
☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ รับจ้าง
☐ เกษตรกร ☐ อื่น ๆ
6. ความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในครั้งนี้ทำให้ท่านรู้สึกเครียด
☐ ไม่ใช่ ☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก
7. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่ร่วมกับสามี
☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

(ส่วนที่ 2 สำหรับผู้วิจัย)

วันที่ Admit-D/C.....

อายุครรภ์.....สัปดาห์ G... P...A.....

การศึกษาที่ได้รับ.....

ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์.....

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

คำชี้แจง: กรุณาอ่านข้อความดังต่อไปนี้ แล้วพิจารณาว่าข้อความดังกล่าวตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านที่มีต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นมากน้อยเพียงใด โดยใส่เครื่องหมายถูก (✓) หน้าข้อความ ตามเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่าน

ตัวอย่างการตอบคำถาม

ข้อคำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยค่อนข้างมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
1. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่มีอันตรายต่อตัวท่านและบุตร			✓		

ข้อคำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยค่อนข้างมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
1. ฉันอาจคลอดก่อนกำหนดหากการเจ็บครรภ์คลอดรุนแรงมากขึ้น					
2. ทารกที่คลอดก่อนกำหนด ปอดอาจจะไม่สมบูรณ์และเจ็บป่วยได้ง่าย					
3.					
11. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทำให้สามีของฉันต้องรับภาระงานทางบ้านเพิ่มขึ้น					
12. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของฉันยุ่งยากมากขึ้น					

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามสนับสนุนทางสังคมจากสามี

คำชี้แจง: แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบว่าท่านรู้สึกพึงพอใจกับการสนับสนุนที่ท่านได้รับจากสามีของท่านมากน้อยเพียงใด ในระหว่างที่ท่านเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเขียนเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ตามเกณฑ์ดังนี้

รู้สึกพึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือจากสามีของท่านมากที่สุด
รู้สึกพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือจากสามีของท่านปานกลาง
รู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือจากสามีของท่านน้อยที่สุด
รู้สึกไม่พึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือจากสามีของท่านน้อยที่สุด
รู้สึกไม่พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือจากสามีของท่านปานกลาง
รู้สึกไม่พึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือจากสามีของท่านมากที่สุด

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินการดูแลที่ท่านได้รับจากพยาบาลในขณะที่อยู่โรงพยาบาล โดยมีข้อความให้ท่านอ่านเพื่อพิจารณาว่าท่านได้รับการดูแลจากพยาบาลในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใดในแต่ละข้อต่อไปนี้ โดยเขียนเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่อง โดยมีเกณฑ์ดังนี้ คือ

ไม่จริงเลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับการดูแลในข้อความนั้นเลยจากพยาบาล
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ท่านได้รับการดูแลจากพยาบาลในข้อความนั้นน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านได้รับการดูแลจากพยาบาลในข้อความนั้นปานกลาง
เป็นจริงส่วนมาก	หมายถึง	ท่านได้รับการดูแลจากพยาบาลในข้อความนั้นมาก
จริงที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับการดูแลจากพยาบาลในข้อความนั้นมาก

ตัวอย่างการตอบคำถาม

ข้อคำถาม	ไม่จริง เลย	เป็นจริง น้อย	ปานกลาง	เป็นจริง ส่วนมาก	จริงที่สุด
พยาบาลพูดคุยกับฉันอย่างเป็นมิตร				✓	

ข้อคำถาม	ไม่จริง เลย	เป็นจริง น้อย	ปานกลาง	เป็นจริง ส่วนมาก	จริงที่สุด
1. พยาบาลส่งเสริมและสนับสนุน ให้ฉันได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความ คิดเห็นกับเพื่อนข้างเตียง					
2. พยาบาลช่วยให้ฉันรู้สึกคลาย ความตึงเครียด เช่น พูดคุยกับ ฉันด้วยสีหน้าที่ยิ้มแย้ม และให้ การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร					
3.					
37. พยาบาลพยายามช่วยเหลือฉัน ให้บรรเทาความทุกข์ทรมาน จากความเจ็บปวด เช่น จัดหา หมอนหนุนตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย					

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

คำชี้แจง: ในสถานการณ์ที่ท่านได้รับย៉าบั้งการเจ็บครรภ์คลอด ข้อความต่อไปนี้เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตัวท่านในช่วงเวลาดังกล่าว โปรดเลือกที่ละข้อแล้วใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่อง โดยมีเกณฑ์ดังนี้

จริงที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวเป็นอย่างมาก
จริง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวบ้างเล็กน้อย
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจว่ามีความรู้สึกดังกล่าวหรือไม่
ไม่จริง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความดังกล่าวบ้างเล็กน้อย
ไม่จริงที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความดังกล่าวเป็นอย่างมาก

ตัวอย่างการตอบคำถาม

ข้อความ	จริง ที่สุด	จริง	ไม่ แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริง ที่สุด
ฉันไม่รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร				✓	

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้ต้องการทราบว่าท่านได้ใช้และไม่ได้ใช้วิธีการ/พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้มากน้อยเพียงใด ในขณะที่ท่านได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่อง โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ไม่ได้ใช้	หมายถึง	ท่านไม่ได้ใช้วิธีการ/พฤติกรรมนั้นเลย
ใช้นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการ/พฤติกรรมนั้นบ้างเล็กน้อยหรือใช้วิธีการนั้นนาน ๆ ครั้ง (ใช้ต่ำกว่าร้อยละ 25)
ใช้เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการ/พฤติกรรมนั้นเพียงครั้งหนึ่งหรือเป็นบางครั้ง (มากกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกินร้อยละ 50)
ใช้บ่อย ๆ	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการ/พฤติกรรมนั้นบ่อยครั้งหรือเป็นส่วนมาก (มากกว่าร้อยละ 50 แต่ไม่เกินร้อยละ 75)
ใช้เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการ/พฤติกรรมนั้นเกือบทุกครั้ง (ร้อยละ 75)

ตัวอย่างการตอบคำถาม

วิธีการ/พฤติกรรม	ไม่ได้ใช้	ใช้นาน ๆ ครั้ง	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้บ่อย ๆ	ใช้เกือบทุกครั้ง
ฉันทิ้งให้ส่งสารลูก	✓				

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

1. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
2. เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

ทำที่.....

วันที่

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ถนน หมู่ที่
 แขวง / ตำบล เขต / อำเภอ จังหวัด

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ (หัวหน้าผู้วิจัยและคณะ) นางสาวเทียรทอง นิมศิริ
 เรื่อง ความสามารถในการทำนายของ ปัจจัยคัดสรร ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญ
 ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์

ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับขู่เข็ญ หลอกลวงแต่ประการใด และพร้อม
 จะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพความปลอดภัย อาการหรือ
 อันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้ความยินยอม
 นี้

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัย
 เท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใด ๆ ในระหว่างการวิจัยหรือภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จาก
 ผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้น ๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการ
 รักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว
 ตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำ
 ตามกฎหมายและในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่า
 ทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วม
 โครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบรรดาค่าใช้จ่าย ค่าชดเชยและค่าตอบแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7. หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัยรวมทั้ง ความเสี่ยงและ
 อันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าร่วมโครงการนี้ให้ข้าพเจ้าได้ทราบ และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็น
 สำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ หัวหน้าผู้วิจัย

(นางสาวเทียรทอง นิมศิริ)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1) กรณีผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้แก่
 ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์นิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอม
 ดังกล่าว

2) ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย

เอกสารข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการ

1. **ชื่อโครงการวิจัย** ความสามารถในการทำนายของ ปัจจัยคัดสรรต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

2. **หัวหน้าโครงการวิจัย** นางสาวเกียรติทอง นิมศิริ

3. **สถานที่วิจัย** หอผู้ป่วยห้องคลอด โรงพยาบาลกลาง วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล แผนกสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

4. **ผู้สนับสนุนการวิจัย** ไม่มี

5. **ทำไมต้องศึกษาเรื่องนี้**

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่งทางสูติศาสตร์ ที่อาจขัดขวางการดำเนินการตั้งครรภ์ไม่ให้เป็นไปตามปกติ ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จึงจะต้องได้รับการรับตัวเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด สตรีตั้งครรภ์มักมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความเครียดและวิตกกังวลทั้งในสตรีตั้งครรภ์เองและครอบครัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะรบกวนการทำงานของกระบวนการรู้คิด ขัดขวางการประเมินตัดสินใจต่อเหตุการณ์ ทำให้บุคคลมีความยากลำบากและมีข้อจำกัดในการเผชิญความเครียดและการปรับตัว การประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นเป็นอันตรายหรือโอกาส ทำให้แต่ละบุคคลมีวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดเป็นอย่างไร รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมและสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์ลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสามารถเผชิญความเครียด และปรับตัวได้อย่างเหมาะสมต่อไป

6. **วัตถุประสงค์**

6.1 เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

6.2 เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี และการสนับสนุนทางสังคม

จากพยาบาล ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

6.3 เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่อการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

7. จะปฏิบัติต่อทำอย่างไร

ท่านจะได้ทำแบบสอบถาม 6 ส่วน ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังจากที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่หอผู้ป่วยห้องคลอด ณ โรงพยาบาลกลาง วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และแผนกสูติ-นรีเวชกรรม ณ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

8. ประโยชน์

8.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

8.1.1 เป็นแนวทางในการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

8.1.2 เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญ ในเรื่องของอายุ สตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

8.1.3 เป็นแนวทางในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสามีและสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในขณะที่ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด และพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องอยู่บนพื้นฐานที่เป็นไปได้ และการสนับสนุนในการรักษา

8.2 ด้านการศึกษา เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนและการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

8.3 ด้านการศึกษาวิจัย เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

9. การวิจัยความเสี่ยงหรือไม่

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ได้รับความยินยอมจาก สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับขยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนเข้าร่วมโครงการ โดยการตอบแบบสอบถาม และการตอบแบบสอบถามนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่สตรีตั้งครรภ์แต่อย่างใด

10. ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

การตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน แม้ท่านจะปฏิเสธ เข้าร่วมโครงการ ท่านจะได้รับการรักษาและการบริการด้านสุขภาพในครั้งต่อ ๆ ไปจากโรงพยาบาล ได้ตามปกติ

11. ทางเลือกที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการให้บริการแก่สตรี ตั้งครรภ์ในครั้งต่อ ๆ ไปจากโรงพยาบาลได้ตามปกติ

12. ค่าตอบแทน

เพื่อเป็นการขอบคุณในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้มอบของที่ระลึกแก่ท่านหนึ่งชิ้น เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ตามความต้องการ

13. การรักษาความลับของท่าน

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวท่านเป็นความลับและจะเปิดเผยต่อหน่วยงานเฉพาะสรุป ผลการวิจัยด้วยเหตุผลเชิงวิชาการโดยไม่มีการระบุชื่อของท่าน

14. เจ้าหน้าที่สุขภาพที่ท่านสามารถติดต่อได้

นางสาวเทียรทอง นิมสิริ หอผู้ป่วยห้องคลอด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลกลาง
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร โทร 02-222424 ต่อ 10705, 10706



No. ๗. 128

Ethics Committee
For
Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

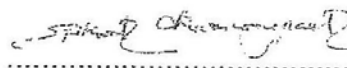
Title of Project : The Predictability of Selected factors
on Uncertainty in Preterm Labor Pain and
Coping of Pregnant Women with Tocolysis

Registered Number : 0087.51

Principal Investigator : Miss Thianthong Nimsiri

Name of Institution : Bangkok Metropolitan Administration
General Hospital

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.


..... Chairman

(Mr. Sithisat Chiamwongpaet)

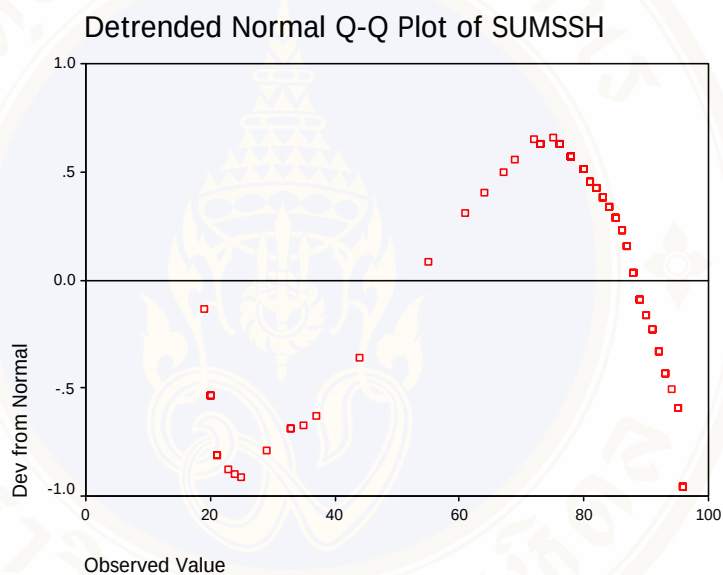
Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL 16 JUN 2008

ภาคผนวก ค

การตรวจสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality)

การตรวจสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ของการสนับสนุนทางสังคมจากสามี

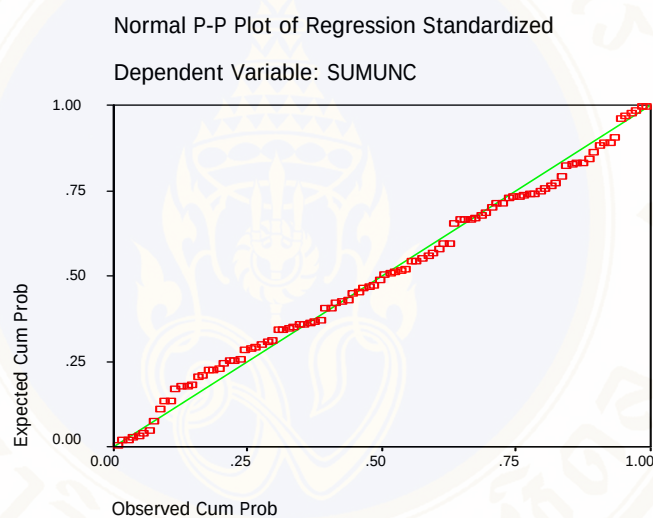


ภาคผนวก ง

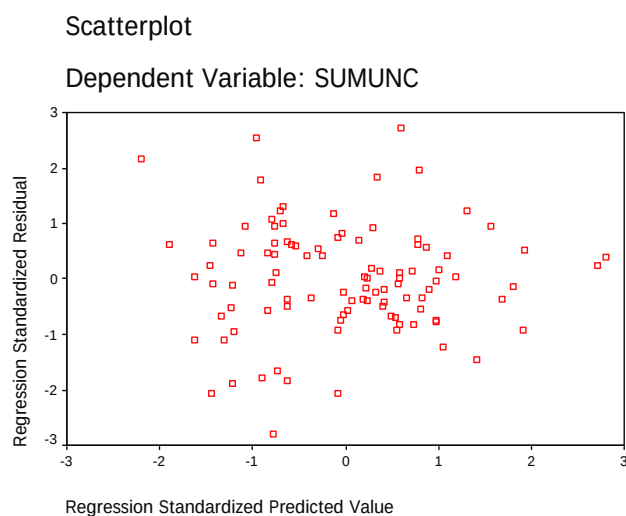
ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

1. ตัวแปรตาม: ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมดกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด



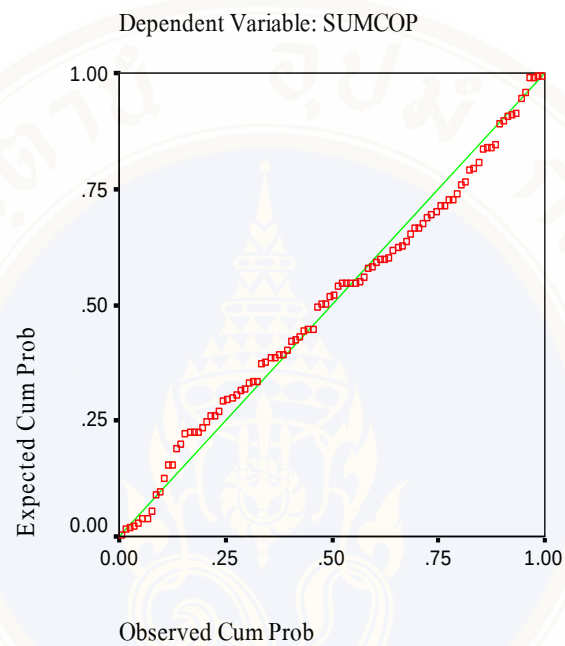
ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด



2. ตัวแปรตาม: การเผชิญความเครียด

ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมดกับการเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา

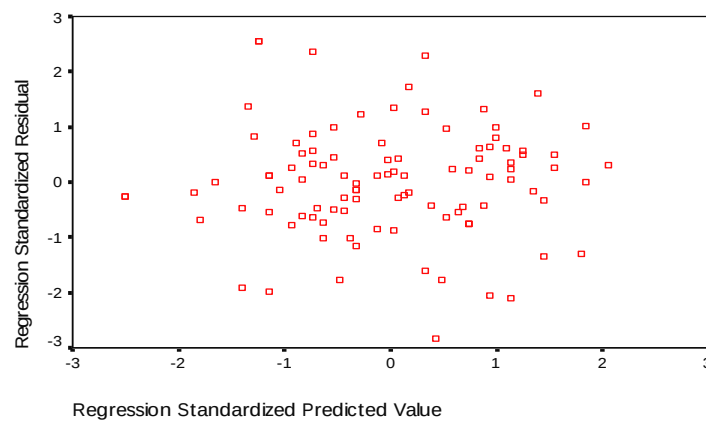
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลกับการเผชิญความเครียด

Scatterplot

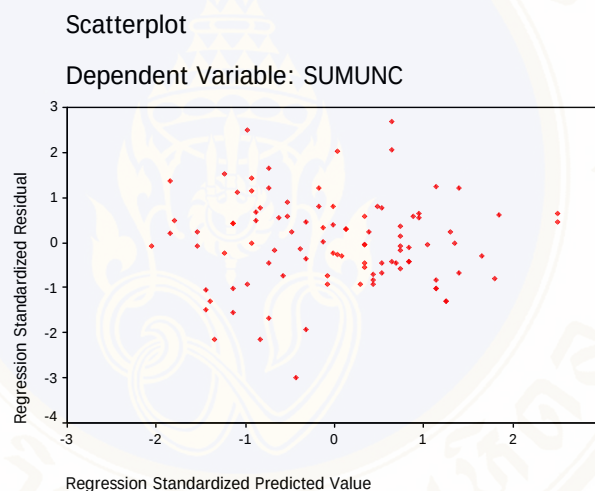
Dependent Variable: SUMCOP



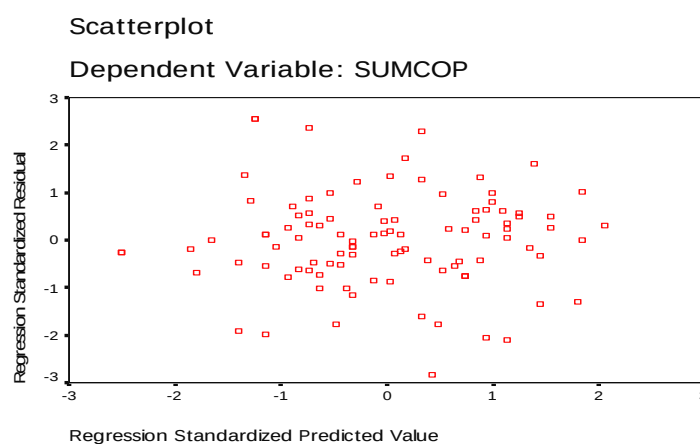
ภาคผนวก จ

ตรวจสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวต้องมีค่าคงที่
(Homocedasticity)

ตรวจสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทั้งหมดกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเก็บครบก่อก่อนกำหนด โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง Regression Standardized Predicted Value กับ Regression Standardized Residual Value



ตรวจสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทั้งหมดกับการเผชิญความเครียด โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง Regression Standardized Predicted Value กับ Regression Standardized Residual Value



ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

**ในการศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ต่อ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
และการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด**

1. รศ.ดร. กัญญดา ประจุศิลป์
สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
2. รศ.ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
3. ผศ.ดร. นิตยา สีนสุกใส
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผศ.ดร. มยุรี นิรัตธราดร
กลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
5. ผศ.ดร. เขาวลัษณ์ เสรีเสถียร
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวเทียรทอง นิ่มศิริ
วัน เดือน ปีเกิด	28 ตุลาคม 2520
สถานที่เกิด	มหาสารคาม
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์, พ.ศ. 2539 - 2543 วิทยาศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2549 - 2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2543 - ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 หอผู้ป่วยห้องคลอด โรงพยาบาลกลาง
ที่อยู่	514 ถนนหลวง แขวงป้อมปราบ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร 10100 เบอร์โทรศัพท์ 089-5005337