ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียด ในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก
Pregnancy-Specific Stress, Social Support, and Coping among Women of Advanced Maternal Age

ปาริชาติ วันชูเสริม* รัตติกานต์ รักษาภักดี** วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์*
Parichat Wunchooserm,* Rattikan Raksapakdee,** Wilailak Peukpan*
*,** วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.มหาสารคาม
*,** Srimahasarakham College of Nursing, Faculty of Nursing, Phraboromrajchanok Institute, Maha Sarakham Province
** Corresponding Author: rattikan1@smnc.ac.th

บทคัดย่อ

การเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก มีความสำคัญต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก โดยใช้กรอบแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Hamilton & Lobel แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ รูปแบบวางแผนเตรียมการ รูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวก และรูปแบบหลีกเลี่ยง กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์อายุมาก จำนวน 85 ราย ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง ตุลาคม 2566 โดยถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ฉบับปรับปรุง แบบวัดการรับรู้ความตึงเครียดของการตั้งครรภ์ฉบับปรับปรุง และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.88, 0.85 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 11.52, SD = 4.60) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (Mean = 139.16, SD = 10.01) และการเผชิญความเครียด 3 รูปแบบ พบว่า คะแนนการเผชิญความเครียดรูปแบบวางแผนเตรียมการอยู่ในระดับสูง (Mean = 49.60, SD = 5.26, ร้อยละ 77.50) คะแนนการเผชิญความเครียดรูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวกอยู่ในระดับสูง (Mean = 27.95, SD = 4.33, ร้อยละ 63.52) และคะแนนการเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยงอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 16.54, SD = 4.56, ร้อยละ 27.56) สำหรับค่าความสัมพันธ์ พบว่า ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดรูปแบบวางแผนเตรียมการ และรูปแบบใช้จิตวิญญาณ

Received: November 24, 2024; Revised: December 25, 2024; Accepted: January 10, 2025

เชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .270$, $p < .05$ และ $r = .241$, $p < .05$ ตามลำดับ) สำหรับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การเผชิญความเครียดที่เหมาะสมในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก ต้องส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์อายุมากมีความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ในระดับต่ำ พยาบาลจึงควรให้ความสนใจประเมินระดับความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ เพื่อวางแผนให้สตรีตั้งครรภ์อายุมากเลือกใช้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การเผชิญความเครียด ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม สตรีตั้งครรภ์อายุมาก

Abstract

Coping strategies among women with advanced maternal age are important for the health of pregnant women, their fetuses and their newborns. The purpose of this descriptive research was to investigate pregnancy-specific stress, social support, coping strategies and to explore the relationships between pregnancy-specific stress, social support, and coping among women of advanced maternal age, using the model of coping by Hamilton and Lobel as a framework. The coping strategies were categorized into three types: planning-preparation, spiritual-positive, and avoidance. The purposive sample consisted of 85 women of advanced maternal age who received services from the antenatal care department at Mahasarakham Hospital between June to October 2023. They were selected according to specific qualifications. The research instruments were: (1) a patient general information form; (2) the Revised Prenatal Coping Inventory form; (3) the Revised Prenatal Distress Questionnaire form; and (4) the Social Support of High-Risk Pregnant Women form. The reliability of the questionnaires was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of 0.88, 0.85 and 0.89, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results of the study showed that pregnancy-specific stress was at a low level (Mean = 11.52, SD = 4.60), social support was at a high level (Mean = 139.16, SD = 10.01), and coping strategies with 3 models were as follows: coping by planning-preparation was at a high level (Mean = 49.60, SD = 5.26, 77.50%), coping by spiritual-positive was at a high level (Mean = 27.95, SD = 4.33, 63.52%), and coping by avoidance was at a low level (Mean = 6.54, SD = 4.56, 27.56%). The findings indicated that pregnancy-specific stress had a low positive correlation with both planning-preparation coping ($r = .270$, $p < .05$) and spiritual-positive coping ($r = .241$, $p < .05$). However, social support was not significantly correlated with any of the coping strategies.

This study indicates that appropriate coping strategies for women of advanced maternal age involves promoting low levels of pregnancy-specific stress. Nurses should therefore pay attention to managing the levels of pregnancy-specific stress, in order to plan appropriate coping strategies for women of advanced maternal age.

Keywords: coping, pregnancy-specific stress, social support, advanced maternal age

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สตรีตั้งครรภ์อายุมาก เป็นกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จากสถิติการตั้งครรภ์ที่ผ่านมามีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงอายุของสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลก จากการที่อัตราการเกิดของทารกในสตรีตั้งครรภ์อายุมากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากปี ค.ศ. 1980 ถึง ปี ค.ศ. 2012 จาก 2.5 ต่อ 1,000 การคลอดเพิ่มขึ้นเป็น 13.3 ต่อ 1,000 การคลอด และในปี ค.ศ. 2015 พบอัตราการคลอดบุตรของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก 62.8 ต่อ 1,000 การคลอด[1] สำหรับประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบอัตราการคลอดของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก 39.8, 40.5 และ 40.6 ต่อสตรีตั้งครรภ์ 1,000 คน[2] ซึ่งการตั้งครรภ์อายุมากถือเป็นความเสี่ยงทางสูติกรรมที่สำคัญในปัจจุบัน จากการที่ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดาวน์ซินโดรม และความผิดปกติของจำนวนชุดโครโมโซมมากขึ้น ทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุน้อย[3] นอกจากนี้ยังส่งผลต่อสตรีตั้งครรภ์เอง ทำให้เกิดภาวะมีบุตรยากมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย[4] เกิดการแท้งบุตร การตั้งครรภ์นอกมดลูก การตั้งครรภ์แฝด ส่งผลให้เกิดอัตราการผ่าตัดคลอดสูง[5] เพิ่มภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทางอายุรกรรม ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งพบความชุกสูงขึ้นในสตรีอายุมาก[6] รวมทั้งมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุน้อย[7] และทำให้เกิดความผิดปกติของรกทำให้เกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะรกเกาะต่ำ[8]

จากความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ทำให้สตรีตั้งครรภ์อายุมากมีความเครียดระดับสูงจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของตนเองและทารกในครรภ์ การที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล[9] ดังการศึกษาของ อรทัย แซ่ตั้ง, จรรยา แก้วใจบุญ และ ฐิติพร เรือนกุล พบว่า สตรีตั้งครรภ์อายุมากมีระดับความเครียดอยู่ในระดับสงสัยว่ามีปัญหาความเครียดและมีระดับความเครียดสูง และผลของภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[10] เมื่อสตรีตั้งครรภ์อายุมากเกิดความเครียดจึงต้องพยายามหาวิธีเผชิญความเครียดให้หมดไป ซึ่งการเผชิญความเครียดมีทั้งทำให้เกิดผลทางบวกและทางลบ สตรีตั้งครรภ์อายุมากที่เลือกใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดทางบวก จะทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และระยะหลังคลอด[11] ทารกในครรภ์มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เลือกใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดทางลบ จะทำให้เกิดความเครียดเพิ่มสูงขึ้นส่งผลต่อสภาพจิตใจของสตรีตั้งครรภ์อายุมากเกิดภาวะซึมเศร้าในทุกระยะของการตั้งครรภ์[12] ทารกในครรภ์คลอดก่อนกำหนด และมีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย[13]

จากการศึกษาการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาตามทฤษฎีของ Lazarus & Folkman[14] แบ่งรูปแบบการเผชิญความเครียด ออกเป็น 2 รูปแบบ คือ รูปแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และรูปแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ ซึ่งยังพบข้อจำกัดของการตัดสินว่ารูปแบบการเผชิญความเครียดวิธีใดเป็นทางบวกหรือทางลบ ดังการศึกษาของเกตุวดี แก้วปลั่ง และคณะ พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมีระดับความเครียดต่ำและมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดระดับสูง[15] การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาการเผชิญความเครียดที่ถูกพัฒนาและแบ่งรูปแบบการเผชิญความเครียดออกเป็นด้านบวกและด้านลบที่ชัดเจน โดยใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Hamilton & Lobel[16] ที่พัฒนาจากทฤษฎีการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman[14] มีรูปแบบการเผชิญความเครียดออกแบบ 3 รูปแบบ คือ รูปแบบวางแผนเตรียมการ รูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวก และรูปแบบหลีกเลี่ยง การเผชิญความเครียดรูปแบบ

วางแผนเตรียมการและรูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวก จัดเป็นรูปแบบการเผชิญความเครียดทางบวก สำหรับการเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยง จัดเป็นรูปแบบการเผชิญความเครียดทางลบ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบเฉพาะการศึกษาการเผชิญความเครียดและปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทางสูติกรรมและอายุรกรรม[12,17,18] ไม่เฉพาะเจาะจงสตรีตั้งครรภ์อายุมาก รวมทั้งการศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเผชิญความเครียดพบเฉพาะตามทฤษฎีของ Lazarus & Folkman[14] ทำให้ยังไม่ชัดเจนในการศึกษาตามแนวคิดของ Hamilton & Lobel[16] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่คำนึงถึงความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ที่มีความสำคัญต่อการเผชิญความเครียด ที่รวบรวมจากแนวคิดของ Hamilton & Lobel[16] และจากการทบทวนวรรณกรรม ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์[12,17,18] ดังนั้นการศึกษาวิจัยนี้จะเป็นการสร้างความเข้าใจในบริบทในการจัดการความเครียดทั้งที่เกิดภายในบุคคลและการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญทางการผดุงครรภ์ในการวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์อายุมากเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม สามารถปฏิบัติพัฒนกิจของการตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

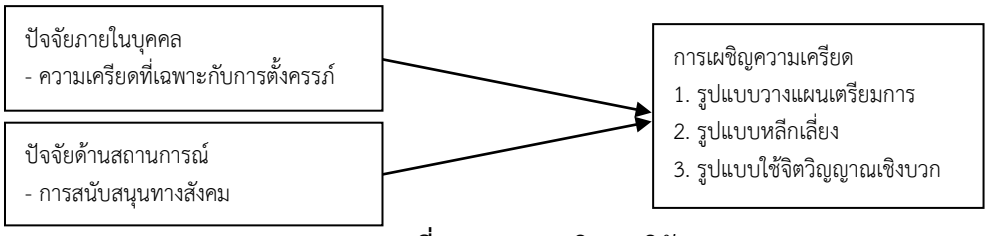
1. เพื่อศึกษาความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก มีผลต่อภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ของความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก ซึ่งใช้ทฤษฎีการเผชิญความเครียดตามกรอบแนวคิดของ Hamilton & Lobel[16] ประกอบด้วย 3 รูปแบบ คือ รูปแบบวางแผนเตรียมการ รูปแบบหลีกเลี่ยง และรูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวก สำหรับปัจจัยที่ศึกษาได้มาจากแนวคิดของ Hamilton & Lobel[16] รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรม คือ ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในแต่ละรูปแบบในกลุ่มของสตรีตั้งครรภ์ ดังการศึกษาของ Giurgescu และคณะ พบว่า ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง[12] การศึกษาของ Hamilton & Lobel พบว่า ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ปกติ[16] การศึกษาของลักษคณา เจริญราษฎร์ และคณะ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[17] และการศึกษาของ รุ่งนภา โพธิ์แสน และคณะ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์[18]

ดังนั้นความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ระดับต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง อาจมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดรูปแบบวางแผนเตรียมการ และรูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวกระดับสูง สำหรับความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ระดับสูง และการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ อาจมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยงระดับสูง



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยแบบเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสตรีตั้งครรภ์อายุมาก ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสตรีตั้งครรภ์อายุมาก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 35 ปีขึ้นไป 2) อายุครรภ์ทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์ 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูด สามารถเขียนและอ่านภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนหรือมีปัญหาสุขภาพที่รบกวนการตอบแบบสอบถาม

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่าง Power analysis ของ Polit[19] ซึ่งเป็นการประมาณค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กำหนดระดับนัยสำคัญ (Significance level) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) ที่ .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .30 จากการเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่าง 85 ราย เนื่องจากผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และสามารถเก็บได้ครบตามจำนวนที่กำหนด ทำให้ไม่เกิดปัญหาเกี่ยวกับอัตราการไม่ตอบกลับหรือมีการสูญหายจึงไม่มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม[19]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 สำหรับกลุ่มตัวอย่างกรอก ได้แก่ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ ส่วนที่ 2 สำหรับเฉพาะผู้วิจัยกรอก ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ปัจจุบัน

2. แบบวัดการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ฉบับปรับปรุง (Revised Prenatal Coping Inventory: NuPCI) ของ Hamilton & Lobel[16] แปลเป็นภาษาไทย โดย ปาริชาติ วันชูเสริม[20] ผ่านการหาความตรงของภาษาโดยการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทั้ง 2 ภาษา จำนวน 1 ท่าน พบความเหมาะสมและสอดคล้องของภาษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ รูปแบบวางแผนเตรียมการ รูปแบบหลีกเลี่ยง และรูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวก การให้คะแนน ลักษณะคำตอบเป็น Likert scale แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน การแปลผลจะแปลผลการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบ โดยคิดเป็นค่าร้อยละในแต่ละรูปแบบการเผชิญความเครียดนั้น

3. แบบสอบถามการรับรู้ความตึงเครียดของการตั้งครรภ์ฉบับปรับปรุง (Revised Prenatal Distress Questionnaire: NUPDQ) ของ Lobel และคณะ[21] แปลเป็นภาษาไทย โดย รุ่งนภา โพธิ์แสน และคณะ[18] ผ่านการหาความตรงของภาษาโดยการแปลย้อนกลับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทั้ง 2 ภาษา

จำนวน 1 ท่าน พบความเหมาะสมและสอดคล้องของภาษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามปลายเปิด 1 ข้อ การให้คะแนน ลักษณะคำตอบเป็น Likert scale แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 - 2 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 34 คะแนน โดยใช้การแบ่งตามอันตรภาคชั้นเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ของ พรรณี ฉุ้นประดับ[22] พัฒนาตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House[23] ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 23 ข้อ แบ่งการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร การให้คะแนน ลักษณะคำตอบเป็น Likert scale แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 23 - 160 คะแนน โดยใช้การแบ่งตามอันตรภาคชั้นเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Validity)

แบบวัดการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ฉบับปรับปรุง แบบสอบถามการรับรู้ความตึงเครียดของการตั้งครรภ์ฉบับปรับปรุง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ผู้วิจัยไม่ได้แปลงแบบวัดจึงไม่ได้หาค่าความตรงตามเนื้อหา

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบวัดการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ฉบับปรับปรุง แบบสอบถามการรับรู้ความตึงเครียดของการตั้งครรภ์ฉบับปรับปรุง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ฉบับปรับปรุง ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวม เท่ากับ 0.88 และการเผชิญความเครียดรูปแบบที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ 0.73, 0.75, และ 0.65 ตามลำดับ แบบสอบถามการรับรู้ความตึงเครียดของการตั้งครรภ์ฉบับปรับปรุง ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 0.85 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากได้รับการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยประสานหัวหน้าแผนกคลินิกฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ และการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในห้องที่จัดไว้เฉพาะ และมีความเป็นส่วนตัว ใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลรายละ 20 - 30 นาที หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศของเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) เอกสารรับรองเลขที่โครงการวิจัย COA No 67/014 วันที่รับรอง 13 มีนาคม 2567 - 12 มีนาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัว ความพอเพียง

ของรายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน และอายุครรภ์ปัจจุบัน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ คะแนนการสนับสนุนทางสังคม และคะแนนการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก โดยนำไปทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov Sminov test ถ้าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ถ้าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งไม่ปกติ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเพียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 35 - 45 ปี อายุเฉลี่ย 37.18 ปี (SD = 2.25) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.40 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.10 ระดับการศึกษามากที่สุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 34.10 รองลงมา คือ ระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 32.90 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจและค้าขาย พบมากที่สุดในระดับเดียวกัน ร้อยละ 24.70 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย โดยอาศัยอยู่กับครอบครัวตนเอง ร้อยละ 49.40 อาศัยอยู่กับครอบครัวสามี ร้อยละ 31.80 จำนวนบุคคลในครอบครัวเฉลี่ย 5.13 ราย (SD = 1.52) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 18,270.58 บาท เกินครึ่งมีความพอเพียงของรายได้ ร้อยละ 57.60

ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 52.90 รองลงมาเป็นครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 37.60 มีอายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาส 3 มากที่สุด ร้อยละ 63.70 รองลงมาอยู่ในช่วงไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 34.30

ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ อยู่ในช่วง 1 - 18 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 11.52 คะแนน (SD = 4.60) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ คะแนนการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในช่วง 111 - 158 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 139.16 คะแนน (SD = 10.01) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สำหรับการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเผชิญความเครียดรูปแบบวางแผนเตรียมการ อยู่ในช่วง 39 - 62 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 49.60 คะแนน (SD = 5.26) คิดเป็นร้อยละ 77.50 คะแนนการเผชิญความเครียดรูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวก อยู่ในช่วง 18 - 39 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 27.95 คะแนน (SD = 4.33) คิดเป็นร้อยละ 63.52 และคะแนนการเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยง อยู่ในช่วง 6 - 28 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 16.54 คะแนน (SD = 4.56) คิดเป็นร้อยละ 27.56 จากช่วงคะแนนและค่าร้อยละของการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดรูปแบบวางแผนเตรียมการและการเผชิญความเครียดรูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวกระดับสูง และใช้การเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยงระดับต่ำ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และการแปลผลความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบของกลุ่มตัวอย่าง (n = 85)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ร้อยละ	แปลผล
- ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์	1 - 18	11.52	4.60	-	ระดับต่ำ
- การสนับสนุนทางสังคม	111 - 158	139.16	10.01	-	ระดับสูง
- การเผชิญความเครียดรูปแบบวางแผนเตรียมการ	39 - 62	49.60	5.26	77.50	ระดับสูง
- การเผชิญความเครียดรูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวก	18 - 39	27.95	4.33	63.52	ระดับสูง
- การเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยง	6 - 28	16.54	4.56	27.56	ระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ของความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดรูปแบบวางแผนเตรียมการ และรูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .270$, $p = < .05$) และ ($r = .214$, $p = < .05$) ตามลำดับ สำหรับการเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยง พบว่า ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยง และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในทุกรูปแบบ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์	1.00				
2. การสนับสนุนทางสังคม	1.00	1.00			
3. การเผชิญความเครียดรูปแบบวางแผนเตรียมการ	.270*	-.084	1.00		
4. การเผชิญความเครียดรูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวก	.241*	-.047		1.00	
5. การเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยง	.098	-.151			1.00

* $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่าสตรีตั้งครรภ์อายุมาก แปลและให้ความหมายขั้นปฐมภูมิว่าการตั้งครรภ์ในช่วงอายุที่มากเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามและก่อโทษต่อตนเองและทารกในครรภ์ ทำให้เกิดความเครียด สำหรับการแปลและให้ความหมายขั้นทุติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะจัดการกับความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เกิดความเครียด ระดับความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในระดับต่ำ

ซึ่งจากแหล่งประโยชน์ด้านบุคคลและด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ทำให้สามารถใช้ประสบการณ์ในการจัดการความเครียดได้ดี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และเป็นครอบครัวขยาย ทำให้มีบุคคลคอยช่วยเหลือสนับสนุนในการจัดการกับปัญหาและความเครียด รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาส 3 มากที่สุด รองลงมาอยู่ในช่วงไตรมาสที่ 2 ทำให้สามารถใช้ประสบการณ์เดิมจากช่วงไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์มาใช้ในการแก้ไขปัญหาและเผชิญกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ได้ดี สอดคล้องกับการศึกษา รุ่งนภา โพธิ์แสน และคณะ พบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ จากการที่มีปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อการรับรู้และประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์[18] ซึ่งผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ พบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในภาคใต้ มีความเครียดระดับสูง[24] และการศึกษาของ พินทร์พจน์ พรหมเสน พบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในภาคเหนือมีความเครียดระดับสูง[25] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบริบทพื้นที่การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อ รวมทั้งงานวิจัยเหล่านี้วัดความเครียดโดยทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์

2. การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีบุคคลใกล้ชิดคอยสนับสนุน ดูแล และให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ สามี บิดามารดา ญาติพี่น้อง และบุตร เป็นต้น ดังข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมากที่สุด จำนวนบุคคลในครอบครัวเฉลี่ย 5.13 ราย ทำให้เป็นสิ่งที่บ่งบอกว่ากลุ่มตัวอย่างมีบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือ ดูแลให้ความรักและกำลังใจ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ House[23] ที่อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัวถือแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคลระดับต้นๆ ที่เป็นสิ่งสนับสนุนช่วยเหลือทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย จึงส่งผลทำให้คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณา เจริญราษฎร์ และคณะ พบว่า สตรีตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง จากการที่ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และเป็นครอบครัวขยายมากที่สุด[17] การศึกษาของ พินทร์พจน์ พรหมเสน พบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง จากการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดได้ดี[25] และการศึกษาของ สินี กะราลัย และ จารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จากการที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนมากอาศัยอยู่กับสามีและครอบครัว ทำให้เกิดความสนิทสนมใกล้ชิด ผูกพัน คอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน[26]

3. การเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดรูปแบบวางแผนเตรียมการมากที่สุด ร้อยละ 77.50 รองลงมา คือ การเผชิญความเครียดรูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวก ร้อยละ 63.52 และการเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยงน้อยที่สุด ร้อยละ 27.56 จากการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้และให้ความหมายการตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก เป็นครรภ์เสี่ยงสูงทางสูติกรรม ที่สำคัญซึ่งสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อ

สตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ รวมถึงทารกแรกเกิด สตรีตั้งครรภ์อายุมากจึงเกิดความเครียดและต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จึงพยายามใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดหลายๆ รูปแบบเพื่อลดความเครียดให้หมดไป สำหรับกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ที่เป็นแหล่งประโยชน์ หรือเป็นปัจจัยทางบวกหลายประการที่ช่วยส่งเสริมให้ควบคุมและจัดการสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดีขึ้น[14] กลุ่มตัวอย่างจึงมีเลือกใช้การเผชิญความเครียดรูปแบบวางแผนเตรียมการมากที่สุด ซึ่งจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุในช่วงวัยผู้ใหญ่ มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาจนถึงปริญญาโท เกินครึ่งมีความพอเพียงของรายได้ รวมทั้งส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ จากข้อมูลดังกล่าวถือเป็นแหล่งประโยชน์ด้านตัวบุคคลที่ช่วยส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ที่ช่วยส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเช่นเดียวกัน[16] สอดคล้องกับการศึกษาของ Giurgescu และคณะ พบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเลือกใช้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจากการที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง[12] และการศึกษาของ ลักษคณา เจริญราษฎร์ และคณะ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเลือกใช้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุช่วงวัยผู้ใหญ่ มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นจนถึงปริญญาตรี มีความเพียงพอของรายได้ และส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ทำให้มีปัจจัยในการช่วยสนับสนุนในการแก้ปัญหาและขจัดความเครียด รวมทั้งส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 2 และ 3 ของการตั้งครรภ์ ทำให้มีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาจึงเลือกใช้การเผชิญความเครียดในรูปแบบวางแผนเตรียมการระดับสูง[17]

4. ความสัมพันธ์ของความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบของกลุ่มตัวอย่าง

4.1 ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์และการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบ

ผลการศึกษา พบว่า ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดในรูปแบบวางแผนเตรียมการและรูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยง พบว่า ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยง กล่าวคือ ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อการเผชิญความเครียดทั้งรูปแบบวางแผนเตรียมการ และรูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวก แต่ไม่มีผลต่อการเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ในระดับต่ำ จากการประเมินขั้นทุติยภูมิว่ามีแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอกับการจัดการความเครียดส่งผลต่อการประเมินขั้นปฐมภูมิว่าการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเกิดภาวะคุกคามต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ระดับต่ำ เมื่อสตรีตั้งครรภ์อายุมากมีความเครียดในระดับต่ำจึงสามารถแสดงออกทั้งกระบวนการคิดหรือพฤติกรรมที่จะจัดการหรือลดความเครียดในทางที่เหมาะสม[14] จากข้อมูลแหล่งประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 37.18 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ทั้งหมด ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาได้มากกว่าช่วงวัยที่น้อยกว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย จำนวนบุคคลในครอบครัวเฉลี่ย 5.13 ราย ทำให้มีบุคคลที่คอยสนับสนุน ช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งส่งเสริมให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาจนถึงสูงกว่าปริญญาตรีทำให้

สามารถทำความเข้าใจในปัญหาและจัดการปัญหาได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Giurgescu และคณะ พบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่แปลและให้ความหมายการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นความเครียดคุกคามในระดับต่ำ จะเลือกใช้การเผชิญความเครียดรูปแบบวางแผนเตรียมการและใช้จิตวิญญาณเชิงบวกระดับสูง[12] และการศึกษาของ Hamilton & Lobel พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่มีความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ในระดับต่ำจะเผชิญความเครียดรูปแบบวางแผนเตรียมการระดับสูง[16]

สำหรับการเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยง พบว่า ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยง กล่าวคือ ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ไม่มีผลต่อการเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยง จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาถึงสูงกว่าปริญญาตรี มีอายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาส 3 มากที่สุด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสิ่งสนับสนุนในการคิด ตัดสินใจและปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคามนั้นได้ ทำให้ไม่เลือกใช้การเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา โพธิ์แสน และคณะ พบว่า ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ระดับต่ำ จากการที่ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ มีระดับการศึกษาที่สูง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ส่งผลให้การประเมินทางสติปัญญาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ในระดับต่ำ จึงส่งผลให้ไม่เลือกใช้การเผชิญความเครียดรูปแบบหลีกเลี่ยง[18]

4.2 การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบ

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างไม่มีผลต่อการเผชิญความเครียดทั้งรูปแบบวางแผนเตรียมการ รูปแบบใช้จิตวิญญาณเชิงบวก และรูปแบบหลีกเลี่ยง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ทำให้มีปัจจัยด้านสถานการณ์ที่เป็นสิ่งสนับสนุนต่อการใช้ความคิดหรือการกระทำที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดี คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากสามี บุคคลในครอบครัว และบุตร ซึ่งถือเป็นแหล่งประโยชน์และปัจจัยที่สำคัญของบุคคลในการที่จะประเมินความเครียดไปในทิศทางที่เป็นประโยชน์ กลุ่มตัวอย่างจึงไม่เกิดความเครียด หรือมีความเครียดในระดับต่ำ ทำให้ไม่จำเป็นต้องค้นหาหนทางและวิธีจัดการกับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างจึงไม่มีผลต่อการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงแตกต่างจากการศึกษาของ Giurgescu และคณะ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12] การศึกษาของ ลักษคณา เจริญราษฎร์ และคณะ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17] และการศึกษาของ รุ่งนภา โพธิ์แสน และคณะ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[18] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์มีความแตกต่างกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์เป็นสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ได้แก่ เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ เป็นความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ รวมทั้งมีความแตกต่างของบริบทพื้นที่กับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีความเชื่อ วัฒนธรรม และศาสนาที่แตกต่างกัน ส่งผล

ต่อการเผชิญความเครียดในแต่ละรูปแบบ จากการศึกษาจึงอาจทำให้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรมีการประเมินความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม โดยแยกกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุมากตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ที่แตกต่างกัน

2. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรจัดทำเอกสารสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะการตั้งครรภ์อายุมาก และรูปแบบการเผชิญความเครียดในแต่ละรูปแบบ รวมทั้งระบุรูปแบบการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมให้แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวผ่านรูปแบบเอกสารและออนไลน์ เช่น แผ่นพับความรู้ และ QR code LINE เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีบริบทแตกต่างจากกสตรีตั้งครรภ์อายุมาก เช่น สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนด้านอายุรกรรมอื่นๆ เป็นต้น

2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม โดยคำนึงถึงปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ที่แตกต่างจากบริบทของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ เป็นต้น

3. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาวิจัยเกี่ยวกับความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากโดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีความแตกต่างของบริบทพื้นที่ของการศึกษา ได้เก่ สตรีตั้งครรภ์อายุมากในกลุ่มภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ เป็นต้น

4. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการทำวิจัยเชิงทดลอง ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมการจัดการความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ต่อการเผชิญความเครียดแต่ละรูปแบบในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

เอกสารอ้างอิง

1. Da Costa D, Dritsa M, Larouche J, Brender W. Psychosocial predictors of labor/delivery complications and infant birth weight: prospective multivariate study. J Psychosom Obstet Gynaecol 2000;21(3):137-48.
2. Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2020. [Internet]. [cited 2023 Mar 26]. Available from: https://dohdata center.anamai.moph.go.th. (in Thai).
3. Fretts RC. Effects of advanced maternal age on pregnancy. In: Wilkins-Haug L, editors. Up to Date. [Internet]. [cited 2023 Mar 13]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/effects-of-advanced-maternal-age-on-pregnancy.
4. Andersen AM N, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ 2000;320(7251):1708-12.
5. McLennan AS, Gyamfi-Bannerman C, Ananth CV, Wright JD, Siddiq Z, D'Alton ME, et al. The role of maternal age in twin pregnancy outcomes. Am J Obstet Gynecol 2017;217(1):80.

6. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK. Births in the United States 2015. [Internet]. [cited 2023 Mar 15]. Available from: https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db258.pdf.
7. Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJ. Births: provisional data for 2021. [Internet]. [cited 2023 Mar 15]. Available from: https://www.cdc.gov/nchs/data/vsrr/vsrr020.pdf.
8. Cunningham FG, Levono KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe J D, Hoffman BL, et al. William Obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill; 2014.
9. Barber CC, Starkey NJ. Predictors of anxiety among pregnant New Zealand women hospitalized for complications and a community comparison group. Midwifery 2015;31(9):888-96.
10. Seatang O, Kaewjiboon J, Rueankul T. Stress and factors related to stress among elderly pregnancy. JNHR 2021;22(3):71-83. (in Thai).
11. Chen Z, Li Y, Chen J, Guo X. The mediating role of coping styles in the relationship between perceived social support and antenatal depression among pregnant women: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth 2022;22(1):188.
12. Giurgescu C, Penckofer S, Maurer MC, Bryant FB. Impact of uncertainly, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnancy woman. Nurs Res 2006;55(5):356-65.
13. Borders AEB, Grobman WA, Amsden LB, Holl JL. Chronic stress and low birth weight neonates in a low-income population of women. Obstet Gynecol 2007;109(2 Pt 1):331-8.
14. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
15. Kaewplung K, Limruangrong P, Phahuwatanakorn W, Vongsirimas N. Effects of stress management program on stress level and coping behaviors in adolescent pregnant women. RTN Med J 2023;50(2):278-94. (in Thai).
16. Hamilton JG, Lobel M. Types patterns and predictors of coping with stress during pregnancy: examination of the revised prenatal coping inventory in a diverse sample. J Psychosom Obstet Gynaecol 2008;29(2):97-104.
17. Charoenraj L, Baosoung C, Sansiriphun N. Social support, uncertainty, and coping among women with preterm labor. Nursing Journal 2021;48(1):222-33. (in Thai).
18. Posaen R, Chareonsanti J, Supavititpatana B. Pregnancy-specific stress, social support, and coping among gestational diabetic women. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2019;35(1):59-70. (in Thai).
19. Polit DF. Statistics and data analysis for nursing research. 2nd ed. Boston: Pearson; 2010.
20. Wunchooserm P. Hardiness, uncertainty, and coping among pregnant women with gestational diabetes mellitus. Journal of Nursing and Health Care 2019;37(3):59-68. (in Thai).
21. Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. Health Psychology 2008;27(5):604-15.

22. Chunpradub P. The relationship between self-esteem, social support and coping behavior in high-risk pregnant women. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Mahidol University; 1995. (in Thai).
23. House JS. Work stress and social support. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
24. Jittrapirom A, Chareonsanti J, Sriarporn P. Pregnancy risk perception, uncertainty, and stress among gestational diabetic women. Nursing Journal 2014;41(4):50-61. (in Thai).
25. Phrommasen PH. Social support and stress among gestational diabetic women. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chiang Mai University; 2015. (in Thai).
26. Karalai S, Sriratanaprapat J. Relationships between social support and health promoting behavior among pregnant teenagers. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2018; 26(1):1-10. (in Thai).