

ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม
และการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว*
Pregnancy-specific Stress, Social Support,
and Prenatal Coping among Primigravid Women,
the Lao People's Democratic Republic*

ไสโสดา ฟองภักดี, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Saisoda Fongphakdy, M.N.S. (Midwifery)¹

ฉวี เบาทรวง, พย.ด. (การพยาบาล)²

นันทพร แสนศิริพันธ์, พย.ด. (การพยาบาล)³

Chavee Baosoung, Ph.D. (Nursing)²

Nantaporn Sansiriphun, Ph.D. (Nursing)³

Received: August 30, 2022

Revised: November 14, 2022

Accepted: November 16, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับ การเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลแม่และเด็กแรกเกิดแขวงนครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่น .82 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .92 และแบบสอบถามการเผชิญความเครียดขณะ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: saisoda.larnoy@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

ตั้งครรภ์ มีความเชื่อมั่น .93 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า สตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์โดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 69.65$, $SD = 14.41$) ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .282$, $p < .01$ และ $r = .652$, $p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการส่งเสริมการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก โดยคำนึงถึงปัจจัยความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

คำสำคัญ: ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ สตรีครรภ์แรก

Abstract

This descriptive correlational research aimed to explore the relationships of pregnancy-specific stress, social support, and prenatal coping among primigravid women. The samples consisted of 85 primigravid women who received antenatal care at the Maternal and Newborn Hospital, Vientiane Province, the Lao People's Democratic Republic. The research instruments included the demographic data questionnaire, the pregnancy-specific stress questionnaire with reliability of .82, the social support questionnaire with reliability of .92, and the prenatal coping questionnaire with reliability of .93. Data were collected from May to July, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that the primigravid women demonstrated overall mean score of prenatal coping at a moderate level ($M = 69.65$, $SD = 14.41$). Pregnancy-specific stress and social support were positively statistically significantly related to prenatal coping among primigravid women ($r = .282$, $p < .01$ and $r = .652$, $p < .001$, respectively).

This research suggests that the nurse-midwives should promote prenatal coping among primigravid women by considering pregnancy-specific stress and social support factors for better health outcomes of both pregnant women and their fetuses.

Keywords: Pregnancy-specific stress, Social support, Prenatal coping,
Primigravid women

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติของสตรี ซึ่งเป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการทั้งด้านสรีระและจิตสังคมของการตั้งครรภ์ไปพร้อม ๆ กัน (Lederman & Weis, 2009) โดยเฉพาะในสตรีครรภ์แรกจะเกิดความเครียดแตกต่างจากสตรีครรภ์หลัง เนื่องจากต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (Rieger & Heaman, 2016) ความเครียดขณะตั้งครรภ์มีความสำคัญ เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่า กระบวนการที่ร่างกายถูกกระตุ้นหรือถูกความจนเกิดความเครียดจะทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงและขาดสมดุลทางสรีรวิทยา ชีววิทยา และชีวเคมี โดยพบว่า ความเครียดขณะตั้งครรภ์ระดับสูงมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ และการคลอดที่ไม่พึงประสงค์ ที่สำคัญได้แก่ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และทารกเกิดภาวะแทรกซ้อน (Alderdice & Lynn, 2009)

ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ (pregnancy-specific stress) ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) หมายถึง การรับรู้ความตึงเครียดตามการประเมินทางสติปัญญาของสตรีตั้งครรภ์ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ประเมินขึ้นปฐมภูมิว่า การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดมากน้อยเพียงใด หากประเมินว่าการตั้งครรภ์นั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพหรือความผาสุกของตนเอง สตรีตั้งครรภ์ก็จะเกิดความเครียด และต่อมาสตรีตั้งครรภ์จะประเมินขึ้นทุติยภูมิว่ามีแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลและแหล่งประโยชน์ด้านสิ่งแวดล้อมเพียงพอที่จะจัดการกับความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ได้หรือไม่ หากมีแหล่งประโยชน์เพียงพอจะประเมินว่าไม่มีความเครียด หากมีแหล่งประโยชน์ไม่เพียงพอจะประเมินว่ามีความเครียด (Lobel et al., 2008)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ เริ่มโดย Yali and Lobel (1999) ได้ศึกษาความตึงเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ โดยพัฒนาแบบสอบถามความตึงเครียดขณะตั้งครรภ์ (Prenatal Distress Questionnaire) และศึกษาในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความตึงเครียดในระดับสูงเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด อาการไม่สบายทางกาย การเจ็บครรภ์และการคลอด การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว และการมีบุตรที่สุขภาพไม่แข็งแรง ต่อมา Lobel et al. (2008) ได้ศึกษาต่อเนื่องเพิ่มเติม โดยให้ชื่อเป็น ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และได้ปรับปรุงแบบสอบถามขึ้นใหม่ (Revised Prenatal Distress Questionnaire) และศึกษาในสตรีตั้งครรภ์พบว่า ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูบบุหรี่ การดื่มกาแฟ และการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการออกกำลังกาย การใช้วิตามินเสริม และการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

การเผชิญความเครียด (coping) ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) หมายถึง ความพยายามทางสติปัญญาหรือทางพฤติกรรมในการจัดการหรือควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ที่เป็นต้นเหตุของความเครียด ในการเผชิญความเครียดนั้นจะมีผลให้เกิดอารมณ์สืบเนื่องตามมา ซึ่งการเผชิญความเครียดที่เป็นการปรับตัวที่ดี (adaptive coping) หรือการเผชิญความเครียดทางบวก หมายถึง การเผชิญความเครียดที่สัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ตึงเครียดตามมาน้อย ในขณะที่การเผชิญความเครียดที่เป็นการปรับตัวที่ไม่ดี (maladaptive coping) หรือการเผชิญความเครียดทางลบ หมายถึง การเผชิญความเครียดที่สัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ตึงเครียดตามมามาก โดยการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ ความเครียดและตามลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งหน้าที่ของการเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 2 แบบ

คือ 1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (problem-focused coping) หมายถึง วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นไปที่การแก้ไขหรือจัดปัญหาหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยการพยายามกำหนดขอบเขตของปัญหา หาทางเลือก ตัดสินใจเลือก และลงมือแก้ไขปัญหา โดยบุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ความเครียดที่บุคคลสามารถกำหนดขอบเขตหรือควบคุมสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นได้ และ 2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ (emotion-focused coping) หมายถึง วิธีการเผชิญความเครียดที่บุคคลพยายามจัดการหรือบรรเทาอารมณ์หรือความรู้สึกทางลบที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากสถานการณ์ความเครียด โดยบุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์เมื่อมองว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นไม่สามารถกำหนดขอบเขตหรือควบคุมได้ ซึ่งบุคคลจะใช้รูปแบบหรือวิธีการเผชิญความเครียดที่หลากหลายในการตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984)

Hamilton and Lobel (2008) ได้ให้นิยามของการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ โดยอธิบายตามแนวคิดการเผชิญความเครียด ของ Lazarus and Folkman (1984) หมายถึง การแสดงออกทางความคิดและพฤติกรรมที่สตรีตั้งครรภ์พยายามใช้ในการบรรเทาควบคุม และจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไข ปัญหา ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบวางแผน-เตรียมพร้อม และ 2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงแบบประเมินทางบวก และแบบสวดอธิษฐาน ทั้งนี้ การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสตรีครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่ การศึกษาของ Yali and Lobel (1999) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดในสตรีครรภ์เสี่ยงสูงในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์

ใช้การเผชิญความเครียดแบบสวดอธิษฐานบ่อยและสม่ำเสมอ ร้อยละ 86 และใช้การเผชิญความเครียดแบบประเมินทางบวกบ่อยและสม่ำเสมอ ร้อยละ 64 และพบว่า การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง และแบบเตรียมสำหรับการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตึงเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการเผชิญความเครียดแบบประเมินทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความตึงเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ ส่วนการศึกษาของ Hamilton and Lobel (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับชนิดและรูปแบบของการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียด 3 แบบ ได้แก่ แบบวางแผน-เตรียมพร้อม (planning-preparation) แบบหลีกเลี่ยง (avoidance) และแบบความเชื่อทางจิตวิญญาณทางบวก (spiritual-positive coping) พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียดแบบความเชื่อทางจิตวิญญาณทางบวกมากที่สุด รองลงมา คือ แบบวางแผน-เตรียมพร้อม และที่น้อยที่สุด คือ แบบหลีกเลี่ยง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดในสตรีครรภ์แรกที่เป็นการตั้งครรภ์ปกติ พบการศึกษา 2 เรื่อง คือ การศึกษาในสตรีครรภ์แรกที่มีความเสี่ยงปกติ พบว่า ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์น้อยกว่าแบบมุ่งแก้ไขปัญหา ในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ใช้การเผชิญความเครียดทั้งสองแบบบ่อยใกล้เคียงกัน และในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์น้อยกว่าแบบมุ่งแก้ไขปัญหาเล็กน้อย (Huizink, de Medina, Mulder, Visser, & Buitelaar, 2002) และการศึกษาในสตรีครรภ์แรกที่มีสุขภาพดี พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียดแบบสวดอธิษฐานบ่อยที่สุด รองลงมา คือ แบบเตรียมสำหรับการเป็นมารดา และแบบการประเมินทางบวก ตามลำดับ ซึ่งจัดเป็นวิธีการเผชิญความเครียดทางบวก โดยใช้บ่อยกว่าแบบหลีกเลี่ยง และแบบใช้

อารมณ์ทางลบ ซึ่งจัดเป็นวิธีการเผชิญความเครียดทางลบ (Borcherding, 2009)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคลในการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยเป็นแหล่งประโยชน์ที่ส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด เมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเครือข่ายทางสังคม ซึ่งผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพอธิบายได้ 2 กระบวนการ คือ ผลโดยตรงต่อสุขภาพและผลโดยอ้อมต่อสุขภาพ หรือมีผลเป็นตัวบรรเทาหรือเป็นตัวกำกั้นที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Thoits, 1982) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อบุคคลในการลดความเครียด และส่งเสริมการปรับตัวต่อภาวะเครียด โดยการสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินเปรียบเทียบ (House, 1981)

สตรีตั้งครรภ์มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมตลอดการตั้งครรภ์ โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตที่ดี และผลลัพธ์การคลอดที่ดี โดยการสนับสนุนทางสังคมมีผลเป็นตัวบรรเทาความเครียด และมีผลส่งเสริมการเผชิญความเครียด (Cohen & Wills, 1985) จากการศึกษาในสตรีครรภ์เสี่ยงสูงพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบเตรียมสำหรับการเป็นมารดา และแบบประเมิน

ทางบวก และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง (Giurgescu, Penckofer, Maurer, & Bryant, 2006)

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ที่มีโอกาสมากที่สุดในการประเมินการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์และเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมวิธีการเผชิญความเครียดทางบวกซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพทั้งของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ รวมถึงการเสนอแนะให้หลีกเลี่ยงวิธีการเผชิญความเครียดทางลบซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ อีกทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดที่ผ่านมาทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยมาใช้อ้างอิงในสตรีครรภ์แรกที่มีสุขภาพดี ชาวลาว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถให้ความช่วยเหลือหรือปรับเปลี่ยนให้เกิดผลดีต่อการตั้งครรภ์ได้ ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับ การเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก

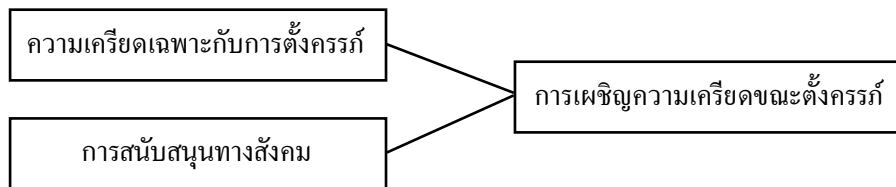
สมมติฐานการวิจัย

ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยการเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทางสติปัญญาและทางพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ในการจัดการกับปัญหาหรือความต้องการของการตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาคือ การเผชิญความเครียดแบบวางแผน-เตรียมพร้อม และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ คือ การเผชิญความเครียด

แบบหลีกเลี่ยง แบบประเมินทางบวก และแบบสวดอธิษฐาน ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ ตามแนวคิดของ Lobel et al. (2008) และการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) โดยคาดว่าความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม จะมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นสตรีครรภ์แรกที่ตั้งครรภ์ปกติชาวลาว ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลแม่และเด็กแรกเกิดแขวงนครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20–35 ปี 2) อายุครรภ์ 28–41 สัปดาห์ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมหรือสูติกรรมระหว่างตั้งครรภ์ 4) ไม่มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช 5) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาลาวได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาความสัมพันธ์ตามอำนาจการทดสอบทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล

(effect size) เท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน (Polit & Beck, 2017)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว และอายุครรภ์ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความตึงเครียดขณะตั้งครรภ์ที่ปรับปรุงใหม่ (Revised Prenatal Distress Questionnaire) ของ Lobel et al. (2008) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยรุ่งนภา โพธิ์เสน, จันทรัตน์ เจริญสันติ,

และบังอร สุภวิทิตพัฒนา (2562) จำนวน 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ไม่มีเลย บางครั้ง และมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ในระดับน้อย (0-11 คะแนน) ในระดับปานกลาง (11.01-22.00 คะแนน) และในระดับมาก (22.01-34.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ จิราวรรณ นิรมิตภาษ (2551) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิด การสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินเปรียบเทียบ จำนวน ด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่มีเลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (20-47 คะแนน) ในระดับปานกลาง (48-74 คะแนน) และในระดับมาก (75-100 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ ของสุกัญญา ม่วงเลี้ยง, จวี เบาทรง, และนันทพร แสนศิริพันธ์ (2562) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Hamilton and Lobel (2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาคือ แบบวางแผนเตรียมพร้อม จำนวน 8 ข้อ และ 2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์คือ แบบหลีกเลี่ยง จำนวน 8 ข้อ แบบประเมินทางบวก จำนวน 5 ข้อ และแบบสวดอธิษฐาน จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน

0-4 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติ บางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในระดับน้อย (0-50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (50.01-75.00 คะแนน) และในระดับมาก (75.01-100.00 คะแนน)

การแปลแบบสอบถามเป็นภาษาลาว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด มาแปลเป็นภาษาลาวโดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ (back translation) ซึ่งเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการแปล (นันทกา สวัสดิพานิช และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2554) โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 2 ภาษา คือ ภาษาไทยและภาษาลาว จำนวน 2 คน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ ไปทดลองใช้กับสตรีครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลแม่และเด็กแรกเกิด แขวงนครหลวงเวียงจันทน์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .82, .92 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 017/2020 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการค้นคว้า สถาบันสาธารณสุขศาสตร์และการแพทย์เขตร้อย กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (เอกสารรับรอง เลขที่ 030/2563 วันที่ 30 เมษายน 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่และเด็กแรกเกิด สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ และพยาบาลในหน่วยฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์ในขณะท้องพบแพทย์ แนะนำตัว ดำเนินการพินัยกรรมสิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพินัยกรรมสิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 25-30 นาที ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีครรภ์แรก พบว่า สตรีครรภ์แรกมีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.06 โดยมีอายุเฉลี่ย 26.41 ปี ($SD = 4.04$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 98.82 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.76 มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.47 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 68.24 มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 82.35 มี

ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 54.12 และมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 33-36 สัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.18

2. ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรก พบว่า สตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง ($M = 17.28$, $SD = 5.78$)

3. การสนับสนุนทางสังคมของสตรีครรภ์แรก พบว่า สตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก ($M = 83.07$, $SD = 9.65$)

4. การเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรก พบว่า สตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์โดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 69.65$, $SD = 14.41$) เมื่อจำแนกเป็นรายแบบ พบว่า สตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในระดับมาก 1 แบบ คือ แบบประเมินทางบวก ($M = 16.35$, $SD = 2.37$) และมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง 3 แบบ ได้แก่ แบบวางแผน-เตรียมพร้อม ($M = 22.66$, $SD = 5.24$) แบบหลีกเลี่ยง ($M = 20.66$, $SD = 5.66$) และแบบสวดอธิษฐาน ($M = 10.14$, $SD = 3.75$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรก พบว่า ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .282$, $p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .652$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม
กับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรก (n = 85)

ตัวแปร	การเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์	
	r	p
ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์	.282	.009
การสนับสนุนทางสังคม	.652	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า สตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์โดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรกซึ่งมีความเครียดเนื่องจากต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการด้านสรีระและจิตสังคมที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (Rieger & Heaman, 2016) ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์จะเป็นแรงผลักดันและกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์มีการตอบสนองออกมาเป็นการเผชิญความเครียด (Borcherding, 2009) คือ การแสดงออกทางความคิดหรือการกระทำที่สตรีครรภ์แรกพยายามใช้ในการบรรเทา ควบคุม และจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยการเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญห ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ คือ การเผชิญความเครียดแบบวางแผน-เตรียมพร้อม และ 2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ คือ การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง แบบประเมินทางบวก และแบบสวดอธิษฐาน ทั้งนี้ ในบริบทของการเผชิญความเครียดในสถานการณ์เดียวกัน บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 รูปแบบ ซึ่งบุคคลมักเริ่มต้นด้วยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ และตามด้วยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญห (Hamilton & Lobel, 2008)

การที่สตรีครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์โดยรวมในระดับปานกลางนั้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีแหล่งประโยชน์ด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งเสริมการเผชิญความเครียด ได้แก่ การที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนอยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยมีอายุเฉลี่ย 26.41 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 98.82) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด (ร้อยละ 31.76) มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มากที่สุด (ร้อยละ 36.47) ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 68.24) และมีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 82.35) โดยบุคคลวัยผู้ใหญ่จะมีทักษะในการแก้ไขปัญหา สามารถเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้เหมาะสม บุคคลที่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกันจะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากคู่สมรส ซึ่งจะช่วยส่งเสริมในการเผชิญความเครียด และบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง มีอาชีพที่ดี และมีรายได้เพียงพอ จะมีทางเลือกในการเผชิญความเครียดได้หลายวิธี ซึ่งแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมจะส่งผลให้บุคคลสามารถบรรเทา จำกัดขอบเขต ควบคุม และจัดการสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแบบที่เป็นการเผชิญความเครียดที่ดี (Lazarus & Folkman, 1984) ดังการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่พบว่า ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียด โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย และสตรีตั้งครรภ์แรก มีการเผชิญ

ความเครียดแบบเตรียมสำหรับการเป็นมารดา ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาน้อย และสตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อย มีการเผชิญความเครียดแบบใช้สารเสพติด (Yali & Lobel, 1999)

ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ หากกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์มากจะมีการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์มาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์เป็นการรับรู้ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นตามการประเมินทางสติปัญญาของสตรีตั้งครรภ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นเนื่องจากการตั้งครรภ์ (Lobel et al., 2008) โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรกซึ่งจะเกิดความเครียดแตกต่างจากสตรีครรภ์หลัง เนื่องจากต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงและมีความต้องการด้านสรีระและจิตสังคมที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (Rieger & Heaman, 2016) ซึ่ง Lazarus and Folkman (1984) อธิบายว่า ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะนำไปสู่การตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งบุคคลจะมีการตอบสนองหรือมีการเผชิญความเครียดหลากหลายรูปแบบ โดยบุคคลที่มีความเครียดมากจะมีการตอบสนองหรือมีการเผชิญความเครียดมาก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์กับการเผชิญความเครียดในสตรีครรภ์แรกที่ตั้งครรภ์ปกติ พบเพียงการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และเป็นการศึกษาการเผชิญความเครียดรายด้าน ดังการศึกษาของ Yali and Lobel (1999) ที่พบว่า ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดแบบการประเมินทางบวก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง และการศึกษาของ Hamilton and Lobel (2008) ที่พบว่า ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดแบบวางแผน และการเผชิญ

ความเครียดแบบหลีกเลี่ยง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา โพธิ์แสน และคณะ (2562) ที่พบว่า ความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ของสตรีครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ หากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์มาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยเป็นแหล่งประโยชน์ที่ส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี (House, 1981) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด โดยส่งผลในการลดความเครียด และเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของการเผชิญความเครียด โดยบุคคลจะสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนมากหรือน้อย นั่นคือ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีแนวโน้มที่จะมีการเผชิญความเครียดในทางบวกมาก (House, 1981) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียดในสตรีครรภ์แรกที่ตั้งครรภ์ปกติ พบเพียงการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และเป็นการศึกษาการเผชิญความเครียดรายด้าน ดังการศึกษาของ Giurgescu et al. (2006) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบเตรียมสำหรับการเป็นมารดา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา โพธิ์แสน และคณะ (2562) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการส่งเสริมการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีครรภ์แรก โดยคำนึงถึงปัจจัยความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดเฉพาะกับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และสตรีครรภ์หลัง และควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดขณะตั้งครรภ์ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีส่วนร่วมของบิดา

เอกสารอ้างอิง

- จิราวรรณ นิรมิตเกษ. (2551). *ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทกา สวัสดิพานิช, และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2554). การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 19–28.
- รุ่งนภา โพธิ์แสน, จันทรัตน์ เจริญสันติ, และบังอร ศุภวิฑิตพัฒนา. (2562). ความเครียดที่เฉพาะกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 35(1), 59–70.

สุกัญญา ม่วงเลี้ยง, นวี เมาทรง, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2562). ความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ช่วงรอผลวินิจฉัยการเจาะน้ำคร่ำ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(1), 181–196.

Alderdice, F., & Lynn, F. (2009). Stress in pregnancy: Identifying and supporting women. *British Journal of Midwifery*, 17(9), 552–559. doi:10.12968/bjom.2009.17.9.43787

Borcherding, K. E. (2009). Coping in healthy primigravidae pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 38(4), 453–462. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01041.x

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310

Giurgescu, C., Penckofer, S., Maurer, M. C., & Bryant, F. B. (2006). Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant woman. *Nursing Research*, 55(5), 356–365. doi:10.1097/00006199-200609000-00008

Hamilton, J. G., & Lobel, M. (2008). Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 97–104. doi:10.1080/01674820701690624

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Huizink, A. C., de Medina, P. G., Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2002). Coping in normal pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(2), 132–140. doi:10.1207/s15324796abm2402_10
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lederman, R., & Weis, K. (2009). *Psychosocial adaptation to pregnancy: Seven dimensions of maternal role development* (3rd ed.). New York: Springer.
- Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., DeVincent, C., Schneider, J., & Meyer, B. A. (2008). Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology*, 27(5), 604–615. doi:10.1037/a0013242
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.
- Rieger, K. L., & Heaman, M. I. (2016). Factors associated with high levels of perceived prenatal stress among inner-city women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 45(2), 180–195. doi: 10.1016/j.jognn.2015.12.005
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145–159.
- Yali, A. M., & Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 20(1), 39–52. doi:10.3109/01674829909075575