



ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์
กลยุทธ์การเผชิญปัญหา และผลลัพธ์การตั้งครรภ์
RELATIONSHIPS BETWEEN PERCEIVED PRENATAL STRESS,
COPING STRATEGIES, AND PREGNANCY OUTCOMES

ณัฐนันท์พร สวงกลิ่น^{1*}
Natthanaporn Sanguanklin
สุดาพร กมลวาริน¹
Sudaporn Kamolwarin

ณัฐพัชร บัวบุญ¹
Natthapat Buaboon
หทัยชนก พูลเลิศ¹
Hathaichanok Poonlert

มยุรี นีรัตธาดร¹
Mayuree Nirattharadorn
ลาวัลย์ ไบมณฑา¹
Lawan Baimonta

¹กลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี 12120
Department of Family Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathumthani, 12120, Thailand

*Corresponding author Email: snattha@nurse.tu.ac.th

Received: July 4, 2024

Revised: August 14, 2024

Accepted: December 21, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียด กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ 128 ราย ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรืออาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับคนในครอบครัวที่ติดเชื้อ มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลในจังหวัดปทุมธานีและสมุทรปราการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด (T-PSS 10) 3) แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น (Brief COPE) และ 4) แบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และ Apgar score นาทีที่ 5) มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 95.3 ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.37 ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ด้านเศรษฐกิจมากที่สุด ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดอยู่ระดับปานกลาง ($M = 16.92$, $SD = 5.31$) การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์ ($r = -.23$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาแบบไม่เหมาะสม ($r = .35$, $p < .01$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหา ($r = .01$, $p > .05$) สำหรับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 3.12 และคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 5.46

Apgar score นาทีที่ 5 ของทารกแรกเกิดทุกคนเท่ากับ 10 คะแนน การรับรู้ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่คลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิด ($r = .06$ และ $.07$ ตามลำดับ, $p > .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์กับกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแต่ละวิธีในทิศทางที่ต่างกัน การเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษาครั้งนี้

คำสำคัญ : การรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์, กลยุทธ์การเผชิญปัญหา, ผลลัพธ์การตั้งครรภ์

Abstract

The purposes of this descriptive correlational study were to: 1) assess the level of perceived prenatal stress among pregnant women; and 2) examine the relationships between perceived prenatal stress, coping strategies and pregnancy outcomes (gestational age, birth weight, and Apgar score at 5 minutes). The participants in this study were 128 pregnant women who had either been infected the Coronavirus 2019 or lived with an infected family member. They were recruited from antenatal care clinics at the public hospitals in Pathum Thani and Samut Prakan provinces. The research instruments consisted of 1) a personal information questionnaire; 2) the Thai version of the Perceived Stress Scale (T-PSS 10); 3) the Thai version of Brief COPE; and 4) a pregnancy outcomes data record form. The Cronbach's alpha coefficients of the instruments were .78 and .84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation.

The results showed that 95.3% of pregnant women had been infected the Coronavirus 2019 and 59.73% encountered financial difficulties during the pandemic. The mean perceived prenatal stress score was at a moderate level ($M = 16.92$, $SD = 5.31$). Perceived prenatal stress was significantly negatively correlated with emotion-focused coping strategies ($r = -.23$, $p < .01$) and significantly positively correlated with dysfunctional coping strategies ($r = .35$, $p < .01$). However, perceived prenatal stress was not significantly correlated with problem-focused coping strategies ($r = .01$, $p > .05$). Regarding pregnancy outcomes, the rates of preterm birth and low birth weight were 3.12% and 5.46%, respectively. All newborns had an Apgar score of 10 at 5 minutes. Perceived prenatal stress was not significantly correlated with gestational age at birth or infant birth weight ($r = .06$ and $.07$, respectively; $p > .05$).

The findings suggested that perceived prenatal stress is correlated with each coping strategy in varying directions, with emotion-focused coping strategy being effective in reducing perceived prenatal stress among pregnant women in this study.

Keywords: perceived prenatal stress, coping strategies, pregnancy outcomes

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมที่ก่อให้เกิดความเครียด ในสถานการณ์ปกติสตรีตั้งครรภ์มี

ความเครียดร้อยละ 10-20 (Iyengar, Jaiprakash, Haitsuka, & Kim, 2021) อย่างไรก็ตาม การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

ช่วงแรกของการแพร่ระบาด เพราะมีการจำกัดกิจกรรมทางสังคม ประชาชนได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ และมีความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง และทารก การศึกษาจากทั่วโลกแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของภาวะซีมเศร้าและความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น ประเทศอิตาลีในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลประมาณร้อยละ 30 และร้อยละ 4.8 มีภาวะซีมเศร้า (Colli et al., 2021) เช่นเดียวกันกับสตรีตั้งครรภ์ชาวแคนาดาเดียนร้อยละ 10.9 มีอาการแสดงทางคลินิกของภาวะวิตกกังวลและอาการซีมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ร้อยละ 6 (Berthelot, Lemieux, Garon-Bissonnette, Drouin-Maziade, Martel, & Maziade, 2020) นอกจากนี้พบว่า สตรีตั้งครรภ์ชาวตุรกี ร้อยละ 97.9 มีความวิตกกังวลในระดับสูง ร้อยละ 52.3 มีความเครียดในระดับมากที่สุด และร้อยละ 43.4 มีภาวะซีมเศร้าที่รุนแรง (Bakir, Irmak Vural, & Demir, 2021)

การรับรู้ความเครียด เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความเครียดในสตรีตั้งครรภ์อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ โดยการเผชิญกับความเครียดในระดับสูงมีผลต่อการทำหน้าที่ในการสังเคราะห์สเตียรอยด์ฮอร์โมนของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยความเครียดจะกระตุ้นการตอบสนองของนิวโรเอ็นโดคริน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัล (hypothalamic-pituitary-adrenal: HPA) ทำให้เพิ่มการผลิตฮอร์โมนคอร์ติโคโทรปิน รีลีสซิงฮอร์โมนและอินเฟลมมาทอรี ไซโตไคน์ (Coussons-Read, 2013) ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย (Hobel, Goldstein, & Barrett, 2008) นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกใน

ครรภ์ โดยประเมินจากคะแนน Apgar score ซึ่งเป็นข้อมูลที่บ่งบอกถึงสุขภาพของทารก โดยภายหลังคลอด Apgar score นาที่ที่ 5 น้อยกว่า 7 คะแนน ทารกจะมีความเสี่ยงเกิดภาวะสมองพิการ (cerebral palsy) เพิ่มขึ้น 20 - 100 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับทารกแรกเกิดที่มี Apgar score 7 - 10 คะแนน (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015)

ยิ่งไปกว่านั้น การเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นระยะเวลานาน เป็นสาเหตุของความเครียดเรื้อรัง ซึ่งมีหลักฐานยืนยันว่า ความเครียดสะสมเรื้อรังที่เกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดี (Hobel et al., 2008) สำหรับประเทศไทย ผลการสำรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอดและทารกแรกเกิด ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 - สิงหาคม พ.ศ. 2564 พบว่า สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1,801 ราย ซึ่งในจำนวนนี้ มีสตรีตั้งครรภ์เสียชีวิต 31 ราย ทารกแรกเกิดติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 110 ราย และเสียชีวิต 20 ราย (Department of Disease Control of Ministry of Public Health, 2024) ส่วนผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การแท้ง การตายของทารกในครรภ์ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ ทารกน้ำหนักตัวน้อย และทารกต้องเข้ารับการรักษาทันทีในหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ (Hollier, 2022; Rodrigues, Baía, Domingues, & Barros, 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของดิแมสซิโอและคณะพบว่า ทารกคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์) ร้อยละ 41.1 (14 ใน 32 การศึกษา) Apgar score นาที่ที่ 5 น้อยกว่า 7 คะแนน ร้อยละ 4.5 (1 ใน 41 การศึกษา) (Di Mascio et al., 2020)

ผลกระทบของความเครียดต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ มีความใกล้เคียงกันกับผลกระทบของ

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นไปได้ว่า ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดีในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเป็นผลมาจากความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเครียด ไม่ได้เกิดการคลอดก่อนกำหนด คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย หรือทารกมีคะแนน Apgar score ต่ำ ไปทุกคน เพราะการเผชิญปัญหาของสตรีตั้งครรภ์มีความแตกต่างและหลากหลายตามประสบการณ์ และการเผชิญปัญหาเป็นความพยายามในการเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิดและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งในสตรีตั้งครรภ์การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จะช่วยลดผลกระทบของความเครียด โดยการให้ความหมายเชิงบวก (positive appraisal) กับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้ระดับความเครียดลดลง (Pakenham, Smith, & Rattan, 2007) และการเผชิญปัญหาแบบจิตวิญญาณ (spiritual coping) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีรายได้ต่ำ พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดที่ลดลง (Clements & Ermakova, 2012) การเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหา (problem-focused coping) มีผลช่วยลดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ เพิ่มการแก้ปัญหา การวางแผน และการเตรียมตัว (Faisal-Cury, Savoia, & Menezes, 2012) ในขณะที่ การศึกษาของเวลล์ ฮอบฟอล และลาวิน พบว่า การลงมือจัดการกับปัญหา ซึ่งจัดเป็นการเผชิญปัญหารูปแบบหนึ่งของการจัดการปัญหา ช่วยลดอาการซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ (Wells, Hobfoll, & Lavin, 1997) และการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance coping) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตที่แย่ลง และเพิ่มการรับรู้ความเครียดในขณะตั้งครรภ์ (Giurgescu, Penckofer, Maurer, & Bryant, 2006)

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาทั้งหมด ยังไม่พบการศึกษาที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มี

ประสบการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลยุทธ์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหา และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในช่วงสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งจะเป็นข้อมูลช่วยในการวางแผน ประเมิน กำกับ ติดตาม และแนะนำสตรีตั้งครรภ์ในการเผชิญปัญหาในช่วงที่มีการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดระดับความเครียดและให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดีและมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

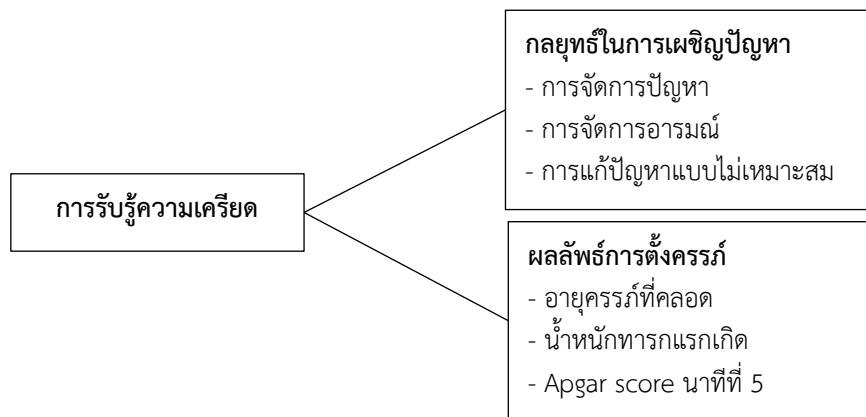
1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเครียด กลยุทธ์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหา และผลลัพธ์การตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้สร้างกรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้แนวคิด The Transactional Model of Stress and Coping ของ Lazarus and Folkman (1984) ซึ่งอธิบายกระบวนการรู้คิดทางปัญญา (cognitive model) ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ภายนอกที่เกิดขึ้น โดยเมื่ออยู่ในสถานการณ์ความเครียด บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยกระบวนการทางปัญญา 2 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอันตราย ส่งผลให้เกิดความสูญเสีย หรือเป็นภัยคุกคาม หรือเป็นความท้าทาย และ 2) ประเมินการตอบสนองกับเหตุการณ์นั้นอย่างไร เมื่อประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นภัยคุกคามต่อความผาสุกของตนเอง จะนำมาสู่ขั้นตอนที่ 2 คือ การเลือกใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา เป็นความพยายามในการแก้ปัญหาทั้งด้านกระบวนการคิดและพฤติกรรม เพื่อลดอันตรายจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984)

ในบริบทของการศึกษาครั้งนี้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยเฉพาะการติดเชื้อหรือมีคนในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาด ถือเป็นสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์ประเมินว่าเป็นภัยคุกคาม

ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ การเลือกใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมจะเพิ่มการรับรู้ความเครียด และการรับรู้ความเครียดจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดีได้ จึงกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เคยติดเชื้อหรือมีคนในครอบครัวอาศัยอยู่บ้านเดียวกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เคยติดเชื้อหรือมีคนในครอบครัวอาศัยอยู่บ้านเดียวกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลจังหวัดปทุมธานี และจังหวัดสมุทรปราการ และมีเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุ ≥ 20 ปี 2) อายุครรภ์ ≥ 32 สัปดาห์ 3) ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นหรือการได้ยิน และ 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ

จำนวนตัวอย่างในการวิจัยได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1 กำหนด Statistical test เป็น Correlation: Bivariate normal model กำหนดโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .95 และขนาดอิทธิพล เท่ากับ .30 ได้ตัวอย่าง จำนวนอย่างน้อย 111 คน และเนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการติดตามเก็บข้อมูลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (Srisatidnarukul, 2010) จึงได้ตัวอย่างทั้งหมดในการวิจัยนี้เท่ากับ 128 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว เศรษฐฐานะในครอบครัวตามการรับรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ บุคคลที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 ผลกระทบที่ได้รับจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์

2. แบบวัดการรับรู้ความเครียด ซึ่งพัฒนาโดย โคเฮน คามาร์ค และเมอเมลสไตน์ (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) ใช้ประเมินความรู้สึกว่าชีวิตเหตุการณ์ล่วงหน้าไม่ได้ ควบคุมไม่ได้ และมีภาระที่เกินกำลังอยู่ระดับใด แบบวัดการรับรู้ความเครียด เป็นการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงว่าก่อให้เกิดความรู้สึกเครียดกับแต่ละบุคคลมากเพียงใด แปลเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ตัวเลือก (0 หมายถึง ไม่เคยเลย และ 4 หมายถึง มากที่สุด) แบ่งเป็นข้อความเชิงบวก 6 ข้อ แสดงถึงการรับรู้ความเครียด และข้อความเชิงลบ 4 ข้อ แสดงถึงการรับรู้การควบคุม ซึ่งข้อความเชิงลบต้องกลับค่าคะแนน ก่อนนำมาคิดคะแนนรวมทั้งฉบับ ทำให้คะแนนรวมของแบบวัดนี้ มีค่า 0 - 40 คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้ความเครียดในระดับสูง และจากการประเมินความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ของการศึกษาที่ผ่านมา มีค่า Internal consistency reliability เท่ากับ .74 (Sanguanklin et al., 2014) ผู้วิจัยได้ทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยงต่อ โดยทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเดียวกับตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

3. แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น (Brief COPE) พัฒนาโดย คาร์เวอร์ (Carver, 1997) ใช้ประเมินกลยุทธ์ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 28 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (1 หมายถึง ฉันไม่เคยทำสิ่งนี้เลย และ 4 หมายถึง ฉันทำสิ่งนี้เป็นประจำ) แบ่งกลยุทธ์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหาเป็น 3 แบบ คือ 1) แบบการจัดการปัญหา จำนวน 6 ข้อ 2) แบบการจัดการอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ และ 3) แบบ

ไม่เหมาะสม จำนวน 12 ข้อ คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ผู้ตอบใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบนั้นมาก ซึ่งแบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนันต์ นุ่มแสง และ ธนิตา ตันตระกูลรุ่งโรจน์ (Numsang & Tantrarungroj, 2018) มีค่าความเชื่อมั่นในประชากรทั่วไปเท่ากับ .70 ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเดียวกับตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84

4. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้เก็บข้อมูลบันทึกการคลอดของสตรีที่เข้าร่วมการวิจัยในระยะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และ Apgar score นาทีที่ 5

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เอกสารรับรองเลขที่ COA. No. 092/2566 รหัสโครงการวิจัย 66NU092 ลงวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2566 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่างด้วยการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนรายละเอียดของการวิจัย การตอบแบบสอบถามระยะเวลาที่ใช้ สถานที่ รวมถึงความเสี่ยงของการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในกระบวนการวิจัย และให้เวลาในการคิดก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้อ่านข้อความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การตอบแบบสอบถามหากมีข้อคำถามใดที่อาสาสมัครไม่สะดวกตอบ สามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ และหากมีอาการเหนื่อยล้าจากการตอบแบบสอบถามสามารถขอยุติการตอบแบบสอบถามหรือขอยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง และเข้าพบหัวหน้าพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ โดยขอให้พยาบาลในหน่วยฝากครรภ์เป็นผู้คัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก และสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ให้กับผู้วิจัย แล้วผู้วิจัยทำการแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย พิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่างตามที่กล่าวมาข้างต้น และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลา 8.00 - 12.00 น. และ 15.30 - 20.00 น. โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน พ.ศ. 2567 สำหรับข้อมูลผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
2. การรับรู้ความเครียด กลยุทธ์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหา ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และ Apgar score นาทีที่ 5 วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเครียดและกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาแต่ละแบบ และการรับรู้ความเครียดและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 43 ปี อายุเฉลี่ย 29.73 ปี ความสัมพันธ์อยู่ด้วยกันกับสามี ร้อยละ 96.9 จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 43.8 รายได้ครอบครัว 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 25.8 รายได้ของครอบครัวเพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 66.4 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 58.6 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 84.4 เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 95.3 คนในครอบครัวที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่บ้านเดียวกัน ร้อยละ 4.7 ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจมากที่สุด ร้อยละ 59.73 สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 6.25 ไม่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาด ร้อยละ 13.28 สำหรับการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์พบว่า รับประทานที่มีประโยชน์ ร้อยละ 99.2 รับประทานยาบำรุงตามแผนการรักษา ร้อยละ 96.9 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 47.7 พักผ่อนอย่างเพียงพอ ร้อยละ 86.7 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 99.2 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 93.8

การรับรู้ความเครียด พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความเครียดในระดับปานกลาง ($M = 16.92$, $SD = 5.31$) กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาเป็นแบบการจัดการปัญหามากที่สุด ($M = 2.92$, $SD = .55$) และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่คลอดอยู่ระหว่าง 33^{+4} ถึง 41^{+1} สัปดาห์ ($M = 38^{+5}$ สัปดาห์ หรือประมาณ 237 - 289 วัน) เป็นการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์) ร้อยละ 3.12 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิด = 3,143.76 กรัม ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 5.46 Apgar score นาทีที่ 5 เท่ากับ 10 คะแนน ร้อยละ 100 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การรับรู้ความเครียด กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ($n = 128$)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. การรับรู้ความเครียด	16.92	5.31
2. กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา		
2.1 แบบการจัดการปัญหา	2.92	.55
2.2 แบบการจัดการอารมณ์	2.81	.50
2.3 แบบไม่เหมาะสม	2.05	.34
3. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์		
3.1 อายุครรภ์ที่คลอด (จำนวนวัน)	271.66	7.54
3.2 น้ำหนักทารกแรกเกิด	3,143.78	402.16
3.3 Apgar score นาทีที่ 5	10	.00

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดกับกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา พบว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์ ($r = -.23$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาแบบไม่เหมาะสม ($r = .35$, $p < .01$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหา ($r = .01$, $p > .05$) (ตาราง 2)

ส่วนการรับรู้ความเครียดกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่คลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิด ($r = .06$ และ $.07$ ตามลำดับ, $p > .05$) (ตาราง 3) โดยที่ Apgar score นาทีที่ 5 ของสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษานี้มีค่าเท่ากับ 10 คะแนนเท่ากันทุกคน จึงไม่สามารถหาความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดได้

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเครียดกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหา ($n = 128$)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การรับรู้ความเครียด	1.00			
2. การเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหา	.01	1.00		
3. การเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์	-.23**	.59**	1.00	
4. การเผชิญปัญหาแบบไม่เหมาะสม	.35**	.43**	.23**	1.00

** $p < .01$

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเครียดกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ($n = 128$)

ตัวแปร	1	2	3
1. การรับรู้ความเครียด	1.00		
2. อายุครรภ์ที่คลอด (จำนวนวัน)	.06	1.00	
3. น้ำหนักทารกแรกเกิด	.07	.49**	1.00

** $p < .01$

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความเครียดอยู่ระดับปานกลาง ($M = 16.92$) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์กับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยลดลง เห็นได้จาก การศึกษาการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ชาวไอริช ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 761 คน พบว่า มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเครียด 18.14 (Crowe & Sarma, 2022) และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ชาวไทย จำนวน 283 คน มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเครียด 18.42 คะแนน (Sukontrakoon, Phumonsakul, Gerdprasert, Prohm, & Sawatpanich, 2022) ซึ่งการรับรู้ความเครียดที่ลดลง อธิบายได้จากสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษานี้มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 43 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะด้านอารมณ์ ทำให้สามารถปรับตัวและรับมือกับความเครียดได้ดี นอกจากนี้ สตรีตั้งครรภ์เกือบทั้งหมดอยู่ด้วยกับสามี ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของสตรีตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ซึ่งการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ และสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษานี้ยังได้รับการตรวจติดตามสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์จากบุคลากรทางสุขภาพสม่ำเสมอตามนัด อันเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดความเครียดจากความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยของทารกในครรภ์ ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 แม้จะยังเป็นความท้าทายสำหรับสตรีตั้งครรภ์ แต่ความรุนแรงลดลง มาตรการทางสังคมก็มีการผ่อนคลายในภายหลัง และรูปแบบการดำเนินชีวิตได้เข้าสู่ภาวะปกติแบบวิถีใหม่ (new normal) โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่าเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่สามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ได้ (Moreno, To, Chun, & Ngai, 2020) และตรวจ

ไม่พบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในน้ำนมแม่ (Pereira et al., 2020) ข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่เคยติดเชื้อหรือมีความใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันคลายความเครียดลง

ส่วนการรับรู้ความเครียดที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาในสตรีตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ปกติ/มีภาวะเสี่ยงจำนวน 230 คน พบว่า การเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเครียดในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Huizink, de Medina, Mulder, Visser, & Buitelaar, 2002) จึงอธิบายได้ว่า หากประเมินสถานการณ์แล้วพบว่า ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหาได้ เช่น การตั้งครรภ์ บุคคลจะเลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์ ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ดังสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษานี้ที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีประสบการณ์ชีวิต ปัจจัยเหล่านี้ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการคิด พิจารณาหาทางออกให้กับปัญหา และเลือกการเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์ ซึ่งช่วยลดความรู้สึกเครียดช่วยให้มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน

การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาแบบไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการเผชิญปัญหาวิธีนี้ ช่วยลดการรับรู้ความเครียดในระยะสั้น แต่เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพในระยะยาว เพราะการเผชิญปัญหาแบบไม่เหมาะสม ได้แก่ การเลิกล้มมือจัดการกับปัญหา การปฏิเสธ การตำหนิตนเอง การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้สารเสพติด และการระบายความรู้สึก อาจช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะสั้น แต่วิธีการเหล่านี้ไม่ได้แก้ไขสาเหตุของความเครียด ดังนั้น ในระยะ

ยาวอาจเพิ่มความเครียดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการเผชิญปัญหาของสตรีตั้งครรภ์จำนวน 761 คน ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหามีผลเพิ่มความเครียดด้านจิตใจ (Crowe & Sarma, 2022) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบไม่เหมาะสมมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Guardino & Dunkel Schetter, 2014) ซึ่งเป็นภาวะที่อาจส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของมารดาและทารก การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมจึงไม่เพียงแต่มีผลต่อความเครียดในระยะยาว แต่ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของสตรีตั้งครรภ์

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่าการเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหา เป็นวิธีการที่สตรีตั้งครรภ์เลือกใช้มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการอื่น ๆ แต่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ปกติ จำนวน 301 คน พบว่า การเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด (Kiyak, 2024) และการเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหาจะมีประสิทธิภาพเมื่อประเมินสถานการณ์แล้วพบว่าสามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงได้ แต่ในบริบทของการศึกษานี้เป็นการตั้งครรภ์หลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การจัดการปัญหาจึงอาจไม่ช่วยเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ หรือลดการรับรู้ความเครียดได้ในทันที และจากการศึกษา ในสตรีที่มีภาวะมีบุตรยาก จำนวน 29 คน พบว่า สตรีที่ใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์ มีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าและมีความเครียดน้อยกว่า สตรีที่ใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหา แต่หลังจากการทดลอง 18 เดือน พบว่า สตรีที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหา ประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์มากกว่าสตรีที่

ใช้การเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์ (McQueeney, Stanton, & Sigmon, 1997)

นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า การรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และ Apgar score นาที่ที่ 5 อธิบายได้จากค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นอาจไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสมดุลของร่างกาย และไม่มีผลเพิ่มการผลิตแคทีโคลามีน (catecholamine) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ผลิตเพื่อเผชิญกับความเครียด จึงไม่ส่งผลให้มดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปจนครบกำหนด นอกจากนี้ ระดับความเครียดที่ไม่สูงมาก อาจไม่มีผลต่อระดับกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) ของทารกในครรภ์ ทำให้ไม่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด และไม่มีผลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ ดังที่ปรากฏใน Apgar score นาที่ที่ 5 ที่มีค่าเท่ากับ 10 คะแนนทุกคน

สำหรับการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ดูแลตนเองโดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานยาบำรุงตามแผนการรักษา มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ถือเป็นการดูแลตนเองที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเพียร์สันและคณะ ที่พบว่า การรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่คลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิด (Pearson et al., 2023) และอีกหนึ่งเหตุผลสำคัญ คือ สตรีตั้งครรภ์ในการศึกษาครั้งนี้สามารถฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลตามกำหนดนัดได้ปกติ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่ออายุครรภ์ที่คลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ การยกเลิกนัดฝากครรภ์ การไม่สามารถเข้าร่วมในชั้นเรียนสตรีตั้งครรภ์ (prenatal class) และการเปลี่ยน

แผนการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ (Khoury, Atkinson, Bennett, Jack, & Gonzalez, 2022)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ ควรได้รับการประเมินระดับความเครียด และกลยุทธ์ ที่ใช้ในการเผชิญปัญหา เพื่อวางแผนการดูแลช่วยเหลือ สตรีตั้งครรภ์ได้อย่างทันทั่วทั้ง

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรจัดรูปแบบ การเรียนการสอนที่เน้นให้เห็นความสำคัญของการพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของ สตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่อาจก่อให้เกิดความ เครียด มากกว่าปกติ รวมถึงการฝึกทักษะในการประเมิน ความเครียดในสตรีตั้งครรภ์

3. ด้านการวิจัย ควรมีการประเมินความ เครียดในสตรีตั้งครรภ์โดยใช้แบบวัดความเครียด โดยทั่วไป และแบบวัดความเครียดที่เฉพาะเจาะจง กับการตั้งครรภ์เพื่อการประเมินความเครียดที่ ครบคลุม และควรมีการประเมินระดับการรับรู้ ความเครียดตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์เพื่อ วางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

American College of Obstetricians and Gynecologists, & American Academy of Pediatrics. (2015). The Apgar score (committee opinion no. 644). *Obstetrics and Gynecology*, 126(4), 194.

Bakir, N., Irmak Vural, P., & Demir, C. (2021). Relationship of depression, anxiety and stress levels with religious coping strategies among Turkish pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Journal of Religion and Health*, 60(5), 3379-3393. <https://www.doi.org/10.1007/s10943-021-01391-7>

Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Drouin-Maziade, C., Martel, É., & Maziade, M. (2020). Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(7), 848-855. <https://www.doi.org/10.1111/aogs.13925>

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. https://www.doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Clements, A. D., & Ermakova, A. V. (2012). Surrender to God and stress: A possible link between religiosity and health. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(2), 93-107. <https://www.doi.org/10.1037/a0025109>

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.

Colli, C., Penengo, C., Garzitto, M., Driul, L., Sala, A., Degano, M., . . . Balestrieri, M. (2021). Prenatal stress and psychiatric symptoms during early phases of the COVID-19 pandemic in Italy. *International Journal of Women's Health*, 13, 653-662. <https://www.doi.org/10.2147/IJWH.S315467>

Coussons-Read, M. E. (2013). Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: mechanisms and pathways. *Obstetric Medicine*, 6(2), 52-57. <https://www.doi.org/10.1177/1753495x12473751>

Crowe, S., & Sarma, K. (2022). Coping with COVID-19: Stress, control and coping among pregnant women in Ireland during the COVID-19 pandemic. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 274-274. <https://www.doi.org/10.1186/s12884-022-04579-1>

Department of Disease Control of Ministry of Public Health. (2024). *Daily COVID-19 patient situation*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/covid19-daily-dashboard/>

Di Mascio, D., Khalil, A., Saccone, G., Rizzo, G., Buca, D., Liberati, M., . . . D'Antonio, F. (2020). Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2(2), 100107-100107. <https://www.doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100107>

Faisal-Cury, A., Savoia, M. G., & Menezes, P. R. (2012). Coping style and depressive symptomatology during pregnancy in a private setting sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 295-305. https://www.doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n1.37336

- 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 women. *Nursing research (New York)*, 55(5), 356-365. <https://www.doi.org/10.1097/00006199-200609000-00008>
- Guardino, C. M., & Dunkel Schetter, C. (2014). Coping during pregnancy: A systematic review and recommendations. *Health Psychology Review*, 8(1), 70-94. <https://www.doi.org/10.1080/17437199.2012.752659>
- Hobel, C. J., Goldstein, A. M. Y., & Barrett, E. S. (2008). Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 51(2).
- Hollier, L. (2022). COVID-19, Pregnancy, childbirth, and breastfeeding: Answers from ob-gyns. Retrieved from <https://www.acog.org/womens-health/faqs/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-breastfeeding>
- 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. https://www.doi.org/10.1207/s15324796abm2402_10
- Iyengar, U., Jaiprakash, B., Haitsuka, H., & Kim, S. (2021). One year into the pandemic: A systematic review of perinatal mental health outcomes during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 674194. <https://www.doi.org/10.3389/fpsy.2021.674194>
- Khoury, J. E., Atkinson, L., Bennett, T., Jack, S. M., & Gonzalez, A. (2022). Prenatal distress, access to services, and birth outcomes during the COVID-19 pandemic: Findings from a longitudinal study. *Early Human Development*, 170, 105606. <https://www.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2022.105606>
- Kiyak, S. (2024). The relationship of depression, anxiety, and stress with pregnancy symptoms and coping styles in pregnant women: A multi-group structural equation modeling analysis. *Midwifery*, 136, 104103. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104103>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- McQueeney, D. A., Stanton, A. L., & Sigmon, S. (1997). Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(4), 313-331. <https://www.doi.org/10.1023/a:1025560912766>
- Moreno, S. C., To, J., Chun, H., & Ngai, I. M. (2020). Vertical Transmission of COVID-19 to the neonate. *Infectious Diseases Society for Obstetrics and Gynecology*, 2020, 8460672. <https://www.doi.org/10.1155/2020/8460672>
- Numsang, T., & Tantrarungroj, T. (2018). Validity and Reliability of the Brief COPE Inventory: Thai version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 63(2), 189-198.
- Pakenham, K. I., Smith, A., & Rattan, S. L. (2007). Application of a stress and coping model to antenatal depressive symptomatology. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3), 266-277. <https://www.doi.org/10.1080/13548500600871702>
- Pearson, J., Fréchette-Boillard, G., Baudry, C., Matte-Gagné, C., Bernier, A., . . . Tarabulsy, G. M. (2023). Prenatal maternal stress during the COVID-19 pandemic and birth outcomes: Is the newborn spared? *Infant Behavior & Development*, 72, 101866. <https://www.doi.org/10.1016/j.infbeh.2023.101866>
- Pereira, A., Cruz-Melguizo, S., Adrien, M., Fuentes, L., Marin, E., Forti, A., & Perez-Medina, T. (2020). Breastfeeding mothers with COVID-19 infection: A case series. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 69. <https://www.doi.org/10.1186/s13006-020-00314-8>
- Rodrigues, C., Baia, I., Domingues, R., & Barros, H. (2020). Pregnancy and breastfeeding during COVID-19 pandemic: A systematic review of published pregnancy cases. *Frontiers in Public Health*, 8, 558144. <https://www.doi.org/10.3389/fpubh.2020.558144>
- Sanguanklin, N., McFarlin, B. L., Finnegan, L., Park, C. G., Giurgescu, C., White-Traut, R., & Engstrom, J. L. (2014). Job strain and psychological distress among employed pregnant Thai women: Role of social support and coping strategies. *Archives of Women's Mental Health*, 17(4), 317-326. <https://www.doi.org/10.1007/s00737-013-0410-7>
- Srisatidnarukul, B. (2010). *Research methodology in nursing science* (5th ed.). Bangkok: U and I Intermedia Company.
- Sukontrakoon, P., Phumonsakul, S., Gerdprasert, S., Prohm, S., & Sawatpanich, A. (2022). Associations among knowledge, attitudes, health behaviors, and stress of pregnant women in Thailand during the new coronavirus-

2019. *Ramathibodi Nursing Journal*, 28(2), 170-182
- Wells, J. D., Hobfoll, S. E., & Lavin, J. (1997). Resource loss, resource gain, and communal coping during pregnancy among women with multiple roles. *Psychology of Women Quarterly*, 21(4), 645–662. <https://www.doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00136.x>
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine*, 4, 1-6. <https://www.doi.org/10.1186/1751-0759-4-6>